口腔疾病诊治失误案例

金志勤 主编



人民卫生出版社

口腔疾病诊治失误案例

金志勤　主　编

贾暮云　副主编

编　者（以姓氏笔画为序）

邓　婧　刘金兰　李宁毅

李爱云　孙　彦　杨佑成

吴钦贞　金志勤　赵宝东

贾暮云　樊功为　魏奉才

人　民　卫　生　出　版　社

口腔疾病诊治失误案例

主　　编：金 志 勤
出版发行：人民卫生出版社(中继线 67616688)
地　　址：(100078)北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼
网　　址：http://www.pmph.com
E-mail：pmph@pmph.com
印　　刷：北京人卫印刷厂
经　　销：新华书店
开　　本：787×1092 1/16　　印张：17.25
字　　数：357千字
版　　次：2000年7月第1版 2000年7月第1版第1次印刷
印　　数：00 001—4 000
标准书号：ISBN 7-117-03758-X/R·3759
定　　价：29.00元

著作权所有，请勿擅自用本书制作各类出版物，违者必究
(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前　言

对于临床医师来说，即使不能说发生误诊是必然的，起码可以说是难免的。把误诊的问题摆到桌面上来加以讨论，总结教训，减少误诊的发生，则是完全必要的。

误诊的产生，一是源于医师方面的，经验太多，容易产生经验主义，主观臆断，产生误诊；经验太少，当然更容易产生误诊。二是源于病人方面的：或病情复杂，或叙述病情不详，都易给医师以误导，判断错误。

误诊必然产生误治。误治给病人的危害那就更直接了。不仅造成经济损失，还造成身心痛苦甚至付出生命代价。

面对如此神圣的职业，临床医师除全方位地提高自身素质以外，如何重视减少误诊应该提到日程并贯穿自己工作的始终。

口腔疾病相对于其他科疾病来说局限得多，但仍难解决误诊问题。本书就疼痛、破溃、肿大、影像、出血、牙齿松动、手术等八个方面的问题，总计约 240 余个案例，呈给读者。先介绍简单病史、体检、特检、初步诊断、病理检查和治疗经过。然后集中进行分析讨论。讨论一般列为医师思路问题，所患疾病与被误诊疾病的共同点及其特点问题，以及结论性的总结。这些讨论只是作者初步的认识和体会，读者会有自己的经验和看法。

本书作者分布在多家医院，工作又较繁忙，相互缺乏商讨，除行文各具风格外，讨论的深度和体例也有出入，请读者如发现不妥之处，惠于指正，当不胜感谢。

本书可供各级口腔专业医师和县级以下的临床医师了解口腔科疾病诊治方面的参考。口腔专业的医学生读读也会提高对专业的兴趣和加深对口腔医学从业的责任感。

金志勤

2000 年 4 月

目　录

第一章 疼　　痛

口腔科因疼痛久治不愈的疾病误诊为牙源性或神经源性疾病时有发生。因此，牙齿屡屡开髓、拔除、神经封闭和撕脱，甚至病灶探查术和搔刮术等均司空见惯。临床上正因为有被误诊案例，必然会有被漏诊的病例，都成了不应有的疑难病案。

当人体受到致痛刺激会引起疼痛；当预示这种致痛刺激也引起类似疼痛感受的反应而就诊的病人时可见到。说明造成疼痛的原因有真、有假、也有潜在的。这种只有个人的感受，无法与他人共同体验的疼痛很难有客观量化标准，正因为只能个人才是独一无二的体验者，才出现不同个体对同一刺激产生的疼痛反应的程度各不相同，甚至有产生感受的反应其性质截然相反(麻木与敏感、疼痛与舒服)，也就是说，同一刺激所产生的疼痛反应，因人而异。

疼痛这种感受的反应程度和表现方式，受到的影响是多方面的，往往还与个体经历、职业、年龄、性别、文化程度、信仰等因素有关。临床医生也都观察到，病人对疼痛反应的程度也受时间和环境影响，在毫无干扰的深夜所引起的疼痛，其本身和精神不能忍受的表现是难以形容的；在紧张的竞争中或拼杀中虽有致痛刺激，有的不仅不产生疼痛反应，甚至未被察觉。因此，疼痛反应的出现作为疾病发生的信号为时太早或太晚，甚至假象，把它作为疾病病情的衡量尺度更是错误的。疼痛反应性感觉不一定是减少损伤刺激的保护性反应，疼痛程度与病情程度很少有紧密或有用的联系。疼痛如同愉快一样，最能引起全身广泛反应，是真正能影响整个人体的一种感觉，特别是病人的晚期，疼痛的程度只是病人的痛苦表现，对病情的准确判断没有实质性价值。

口腔科以疼痛为主诉的疾病相当多，因为它的临床意义和价值没有公认的客观标准，所以临床医生应用这一主诉来认识疾病，既有帮助，又有误导。特别是没有临床经验的年轻医生在接诊病人观察病情进行决策推断时，其心情最易受病人痛苦表现及要求迅速解除的迫切愿望所影响，往往决策缺乏充足的依据而产生盲目。因此，医生对待病人所描述的疼痛和疼痛的表现，除了必须熟知有关疾病的另外症状外，还要靠长期追踪积累的丰富经验，把疼痛可作为识破疾病的线索，不可作为确诊的主要砝码，在诊断中要谨慎分辨疼痛。完全不相信疼痛在诊断疾病中的作用是错误的，完全相信和依靠疼痛来判定疾病也会把思路引入歧途，会一错再错，这在临床的教训是深刻的。

本章主要以牙齿和三叉神经区原发疾病引起的疼痛及类似疼痛的反应，在临床相互混淆而造成的诊治失误，将教训深刻的案例如实剖析介绍。

(金志勤)

第一节　牙源性疼痛的误诊

┌6残髓炎误诊为根尖周炎

【病史】 女,26岁。左下颌后牙因龋继发牙髓炎已充填治疗,现发生咬合痛2个月复诊。患者自述三年前左下牙自发痛,夜间重,经查为┌6远中邻面深龋并急性牙髓炎,即行开髓引流。一周后封砷剂,封药后当日疼痛剧烈难忍,遂将砷剂取出。一周后再次封砷剂,第二天发现牙龈乳头坏死,即时作了处理,取出砷剂,在局麻下刮除坏死牙周组织,去牙体腐质,揭髓顶去冠髓,暂封FC棉球,一周后复诊,常规干髓治疗并窝洞充填。近2个月来发生咬合痛,有时还有自发性痛,阵发性发作,来院求治,按"根尖周炎"进行治疗。

【查体】 颌面部对称,开口度正常,┌6已银汞合金填充,轻度叩痛,温度刺激反应迟钝,去除旧充填物后,用光滑髓针探入根管,探痛明显。

【初步诊断】 ┌6残髓炎。

【治疗】 常规牙髓塑化治疗。治疗后症状消退。咬合功能良好,亦无其它不适感觉。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)本例患者为口腔科医生,对自己牙齿的治疗叙述清楚。┌6因牙髓炎开髓引流,止痛效果明显,此举正确。

(2)开髓引流后,待急性牙髓炎转为慢性时,封砷剂(AS_2O_3)作牙髓失活,由于封药后填压太紧,而致封药剧痛,找出原因,及时去除砷剂,这也是治疗程序。

(3)由于┌6为远中邻面龋,再次封砷剂后因药物封闭不严,封药渗漏,造成龈乳头组织坏死,随即作了相应的处理,这也是对因治疗失误再治疗的操作程序。

(4)干髓术治疗后已3年,医生认为已治疗过的牙齿不会再发生牙髓炎,忽视了残髓炎的可能,据临床症状表现,拟诊为根尖周炎,结果陷入诊断错误。

2. 本病案的特点　┌6自发性痛、阵发性发作并咬合痛,这是牙髓病及根尖周病常见的首要体征之一。本病例在复诊治疗过程中,探针探查已作过干髓的根管,明显探痛,方明确诊断。

3. 教训　本病例中所患疾病(残髓炎)与被误诊疾病(根尖周炎)在该患者身上共有的特点:┌6龋齿干髓术后,咬合痛,轻微叩痛,温度刺激反应迟钝。通常情况下单纯性根尖周炎的临床特点:牙髓全部坏死,患牙叩痛明显阳性;探针探查根髓无疼痛反应。

误诊原因分析:

(1)残髓炎是由于根髓失活不全,或行麻醉干髓术后,干髓剂未能使根髓继续失活而又发生炎症,干髓术后数周、数月、甚至数年发生咬合痛,自发痛、阵发性发作,应

考虑残髓炎的可能。

(2)残髓炎的临床特点:①有病灶牙;②病灶牙已作过干髓术治疗;③干髓充填后自发性疼痛,阵发性发作;④患牙可有轻微叩痛;⑤去除旧充物后,探针探及根管时可有明显探痛;⑥牙髓塑化或牙髓摘除术是可行的治疗措施。

(3)一般情况下,医生对患牙已作过处理(牙髓干髓术),认为牙髓不会再发生炎症,加之轻度叩痛症状的存在,多误诊为根尖周炎。

4. 小结　本例患者,首诊虽然正确,但在以后的治疗操作中,屡屡失误,不断出现并发症,虽然作了相应的治疗,但对患者造成了不应有的损伤。

干髓术治疗过程中,每操作一个步骤都应仔细认真。当出现失误应及时改正。残髓炎的明确诊断,必须抓住其最突出的特点,那就是患牙作了干髓治疗后,检查根管口的根髓有明显探痛,改用最有效的治疗手段,行牙髓塑化治疗或去髓治疗。

(杨佑成　邓　婧　吴钦贞)

┼8 智齿牙髓炎误诊为三叉神经痛

【病史】 女,34 岁,左侧头面痛已数月,1989 年 9 月 21 日来院。数月前,患者述左侧头面部疼痛,曾在本市几所医院诊治,均诊断为三叉神经痛;用多种常规中西药物及针灸,皆效果欠佳。来院就诊时左侧颞部有明显的触诊痛,左侧上下颌亦时发疼痛,疼痛时间一般为 1~2 分钟,较为剧烈,有时持续达一昼夜以上,咀嚼时不痛,过冷过热水不痛。既往健康。

【查体】 ┼8 颊侧牙颈部有深度龋洞,牙髓有活力,探痛(+),叩痛(+)。┼567/567 无龋,口腔颌面部无明显扳机点。

【辅助检查】 X 线示:┌8 缺失,8┐近中斜位阻生,8┼无龋,颊向低位阻生。

【初步诊断】 └8 牙髓炎。

【治疗】 └8 开髓治疗,疼痛乃止,一月后拔除└8。随诊追踪 8 个月,未见复发。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　左侧头面部疼痛,经几所医院都诊断为"三叉神经痛",应用中西药物及针灸疗法不无道理。

当长时间保守治疗效果不好,再仔细询问病史,左颞部、上下颌都有剧烈疼痛,时间一般为 1~2 分钟,过冷热不痛,这也是三叉神经痛具有的临床表现。

2. 本病案的特点　左头面部剧烈疼痛,突然发作,时间短暂,是三叉神经痛特有的体征之一。但患者反复多次长期应用常规有效的中西药保守治疗不仅效果欠佳,反而病情加重,使左颞部触诊痛,疼痛时间也增至一昼夜以上不缓解。

3. 教训　本病例所患疾病(智齿牙髓炎)与被误诊为的疾病(三叉神经痛)在该患者身上共有的特点:左头面部疼痛。

(1)通常情况下三叉神经痛的特点:

1)面部某一区域突然发作的针刺样或刀割样剧痛。疼痛时间自发病到消失大多数不超过一分钟,少数可持续数十分钟,甚至更长些。

2)中西药(如卡马西平等)对症止痛肯定有效,但不能根治。

3)无明显阳性体征。

(2)误诊原因分析:

1)按误诊疾病"三叉神经痛"应用常规治疗有效的方法,几所医院反复多次长期治疗,不仅无效,反而病情仍进展,长时间得不到明确诊断,延误治疗,就在于医生的思路始终停留在某一疾病上,没想到除三叉神经痛外,急性牙髓炎也可导致同样的疼痛。

2)自发性疼痛持续一昼夜以上的三叉神经痛临床上还非常少见,这一点与原发性三叉神经痛不同,应引起医生的警惕,检查是否由牙病引起。

3)智齿牙髓炎的特点:①可找到龋坏的病源牙齿。②龋洞探痛明显,可有叩痛。③冷热刺激可引发疼痛发作。④疼痛可呈持续性,夜间加重。⑤疼痛可向头颞部放射。⑥疼痛时不能明确指出疼痛部位(如本病例上下颌均疼痛)。⑦病源牙开髓引流即可止痛。

4)三叉神经痛患者的面部在谈话、洗脸、刷牙及咀嚼食物时可激发疼痛,极为敏感,这种疼痛的发作区域称为"触发带"或"扳机点",其疼痛突然到来,而牙源性疼痛虽可有面部触摸或按压痛,但程度不如三叉神经痛。

4. 小结　三叉神经痛,痛时有如刀割、撕裂、烧灼及电击样,是一种突然发作短暂而阵发性剧烈疼痛,牙髓炎与之不同。当常规保守治疗无效时,医生必须扩大思路,想到牙髓炎的可能。

临床确诊疾病,必须详细检查,留心鉴别诊断。一般牙源性疾患引起的疼痛常有龋洞,遇到外界的温度或化学刺激可引起疼痛,而三叉神经痛对温度的反应不大。

牙髓如果已经发炎或坏疽,可出现自发性疼痛,疼痛的时间往往比三叉神经痛长些。

牙髓神经虽是三叉神经分支,为无鞘神经,牙髓炎疼痛不能定位,反而前后、上下颠倒。其疼痛与三叉神经痛有很多差别,尽管有时牙痛很象三叉神经痛,只要详细检查,总是可以鉴别清楚的。

(李爱云　杨佑成　吴钦贞)

$\underline{|8}$ 牙髓坏疽误诊为血管性头痛

【病史】 女,35岁。左侧持续性、顽固性头痛6年。患者6年前自感左侧持续性头痛,当地医院神经内科诊为:血管性头痛。曾给予:西比林、谷维素、Vit B_1 口服无止痛效果,后又拟诊为三叉神经痛,口服苯妥英钠、卡马西平,仍无明显效果。既往无牙痛病史。

【查体】 面肌无抽搐,左右面部对称,头面部无触痛点(扳机点)。口腔科检查:口腔粘膜色泽正常,舌活动自如。$\underline{|8}$ 无对𬌗牙稍伸长,牙冠变色,𬌗面深龋,叩痛(±),冷刺激痛(-),牙髓有恶臭味。$\overline{6|}$ 颊侧沟浅龋,$\overline{|6}$ 残根,$\underline{8|}$ 伸长,$\overline{8|}$ 前倾阻生。

【初步诊断】 $\underline{|8}$ 牙髓坏疽。

【治疗】 局麻下拔除|8，搔刮牙槽窝，常规压迫止血。术后给予消炎镇痛药。一周后复诊左侧持续性顽固性偏头痛完全消失，随访一年未再发作。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　左侧持续性顽固性头痛首诊于神经内科，在排除颅神经症状后，多考虑为血管性头痛，给予口服西比林、谷维素行消炎镇痛是正确的。

当服药消炎镇痛效果不好，又按"三叉神经痛"给予卡马西平、苯妥英钠治疗，通常也是这种思路。

口服常规有效的卡马西平药物仍不能止痛时，对三叉神经痛之诊断产生怀疑，仔细检查口腔颌面部，但头面部始终未能查到触痛点(扳机点)，这也是临床医生检查程序。

2. 本病案特点　左侧持续性头痛，是血管性头痛的首要症状之一。但口服镇痛有效的药物，不仅无效，反而病情加重，不仅未引起医生的警惕，却又按三叉神经痛给予卡马西平止痛，结果头痛依然如故。

3. 教训　本病例所患|8牙髓坏疽与被误诊疾病"血管性头痛"、"三叉神经痛"在该患者身上共有的症状：左侧顽固性头痛。

(1)血管性头痛的特点：

1)长期反复发作的疼痛病史。

2)体检正常。

3)口服麦角胺剂止痛肯定有效。

若是三叉神经痛，首次口服卡马西平肯定有效。

(2)误诊原因分析：

1)按误诊疾病血管性头痛和三叉神经痛，口服消炎镇痛的药物(西比林、卡马西平)无临床效果，应及早引起医生的警惕，要想到能引起头痛的其它疾病。

2)被误诊疾病(|8牙髓坏疽)的特点：①患牙有较深的龋坏；②有伸长感，叩痛阳性；③上颌或头部可持续性疼痛；④牙髓已坏死；⑤|8开髓引流后疼痛症状消失；⑥拔除患牙可根治。这些诊断性证据没有及时发现和归纳。

4. 小结　牙髓坏疽成为病灶，可引起相对应的头面部疼痛，甚至亦可引起肾炎、心肌炎、关节炎，但引起顽固性偏头痛者较少见。

当牙髓坏疽后，无症状性，常为临床医生所疏忽，因此，对久治不愈，病因不明的偏头痛患者，要充分考虑是否与牙齿有关。仔细检查之后，明确诊断，根治患牙，促使患者早日康复。

(杨佑成　李爱云)

6|慢性牙髓炎误诊为可复性牙髓炎

【病史】 女，29岁。右下颌后牙轻微自发痛17天，来口腔科就诊。患者17天前，右下颌后牙轻微自发痛，进食时遇过冷或过热食物可发生一过性较剧烈的疼痛，去除刺激后疼痛消失，门诊以"6|可复性牙髓炎"除去腐质，冲洗窝洞，隔湿，消毒窝

洞，氢氧化钙加氧化锌丁香油糊剂间接盖髓治疗，一周后患牙自发性痛较明显，夜间亦有疼痛发作，口腔门诊复诊。

【查体】 $\overline{6|}$邻面龋，暂封物存在，有轻叩痛，去除原封物腐质未净，但无探痛，开髓后，用尖锐探针深探有疼痛反应，叩痛不明显，其余诸牙无龋。

【初步诊断】 慢性牙髓炎急性发作。

【治疗】 牙髓引流，无自觉症状后，作牙髓失活，除去冠髓，拔根髓，置甲醛甲酚棉捻，用氧化锌暂封，一周后作牙髓塑化治疗。牙痛症状缓解，痊愈。随访半年无复发。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　$\overline{6|}$深龋，轻微自发痛，进食过冷或过热食物可发生一过性剧痛。去除刺激，症状消失，临床多考虑为可复性牙髓炎，去腐质后，在无穿髓的情况下，利用间接盖髓治疗是正确的。

当盖髓治疗后疼痛症状加剧时，去掉暂封物，并进一步检查也是正确的。诊为牙髓炎后，随之开髓引流，以缓解症状，通常也是治疗操作程序。

2. 本病案的特点　$\overline{6|}$深龋，自发性疼痛，冷热刺激可诱发一过性疼痛，去除刺激后疼痛缓解或消失，这是可复性牙髓炎的首要症状之一，去腐质后，行间接盖髓术，一周后疼痛加重，治疗失败。

3. 教训　本病例中所患疾病慢性牙髓炎，与被误诊为的疾病“可复性牙髓炎”有着共同的症状，轻微自发性牙痛，冷热刺激痛，去除刺激后，疼痛缓解或消失。

通常情况下，$\overline{6|}$可复性牙髓炎的特点。①去除刺激疼痛状缓解。②间接盖髓或直接盖髓治疗均有明显效果。

误诊原因分析：

(1)诊断错误：由于治疗前没有仔细检查，遂将已有慢性牙髓炎症状的病源牙，误当作轻度炎症，而予以盖髓治疗，致使盖髓术后仍然疼痛发作，甚至疼痛加剧。

(2)并且未除净腐质，不但妨碍对牙髓情况的正确诊断，还可能造成牙髓的继发感染，在盖髓术后一段时间出现牙髓炎的疼痛症状，已引起牙髓炎。

(3)慢性牙髓炎的临床特点：①部分没有剧烈的自发痛。②有时有轻微的自发性钝痛。③冷热刺激可诱发疼痛，去除刺激后，较长一段时间疼痛症状才逐渐消失。④病程较长。⑤炎症易波及全牙髓和根尖周膜。⑥探针浅探不痛，开髓后可探及冠髓有活力。

4. 小结　牙髓病变，临床表现形式多样，酷似“可复性牙髓炎”的症状而实为“慢性牙髓炎”临床应认真鉴别，盖髓术的失误在于诊断的失误。

治疗中如果操作欠妥，腐质去除未净，妨碍对牙髓的正确判断。

盖髓术是一治疗操作技术，掌握其适应证，正确操作，是治疗成功的关键。

（邓　婧　杨佑成）

$\underline{|6}$化学性根尖周炎误诊为感染性根尖周炎

【病史】 男，25岁。$\underline{|6}$咬殆不适2月余。2个月前，因$\underline{|6}$龋洞、自发性痛在区医

院诊断为牙髓炎。进行拔髓、扩根管、根管内封甲醛甲酚(FC)棉捻治疗。经两次封FC棉捻后患牙出现咬𬌗痛,医生认为并发根尖周炎所致,又继续扩根管,开放引流一次。之后,封FC捻消毒,又出现咬𬌗痛,根管封药(FC捻)达8次之多,咬𬌗痛仍未能消失,故来我科就诊。

【查体】 $\underline{|6}$ 𬌗面有白色充填物,牙龈无充血、水肿,叩痛(+),无松动。打开窝洞,取出3根棉捻,捻干燥、无异味。用光滑髓针探查各根管,发现腭根管异常通畅,其插入的深度要比腭根实际长度长得多。

【辅助检查】 $\underline{|6}$ 牙片显示双颊根无异常,腭根根尖位于上颌窦内,牙周膜增宽,相应上颌窦底部密度增高。腭根插入光滑针后拍牙片显示:光滑针已超出根尖孔外1cm达上颌窦内。全口曲面断层片显示:左侧上颌窦底密度明显高于右侧,且 $\underline{6|}$ 腭根根尖亦位于上颌窦内,仅有一薄层牙槽骨壁相隔。

【初步诊断】 1. $\underline{|6}$ 化学性根尖周炎。2. 左侧上颌窦炎。

【治疗】 $\underline{|6}$ 封碘仿捻,2周后咬𬌗痛减轻,行根管充填术,牙片示各根充填完好,一个月后咬𬌗痛症状完全消失。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　牙髓炎在治疗过程中出现咬𬌗痛、叩痛,考虑根尖周炎的出现,给予扩根、开放引流是正确的;在引流后根管封甲醛甲酚棉捻消毒,又出现咬𬌗痛时,认为感染源未去净,反复多次进行根管预备、F·C捻消毒,临床上也是常见的。

2. 本病案特点　在牙髓炎的治疗过程中出现咬𬌗痛时,多认为根尖炎症的形成。由于根尖周炎症多数是由微生物感染所造成,因此,医生不断地扩锉根管,封F·C药捻消毒,药物过浓,导致了化学性根尖周炎的形成。又由于病人 $\underline{|6}$ 腭根与上颌窦之间仅有薄层骨壁相隔,操作不当时,器械极易出根尖孔达上颌窦内,从而造成上颌窦炎症。

3. 教训　化学性根尖周炎与感染性根尖周炎的共同特点是咬𬌗痛、叩痛。

感染性根尖周炎的特点:根尖炎症多源于感染的牙髓组织,在牙髓治疗中出现咬𬌗痛,多数是由于器械将感染物质推出根尖孔;或根管内感染物(残髓组织)未去净;牙髓腔消毒不彻底造成的。在进行完善而规范的根管预备和恰当的药物消毒后,咬𬌗痛症状均应消失或减轻。

误诊原因分析　按误诊疾病的常规、有效方法治疗多次无效时,医生的思维仍固定在"根管感染未去净"的模式上,一味地扩锉根管、封FC捻消毒,而未想到根尖炎症的形成可能由其它因素造成(如化学性)。而且操作过分,器械将上颌窦穿通,造成不应有的并发症。

化学性根尖炎的特点,临床上常见于封砷及甲醛甲酚药物的病例。甲醛甲酚具有较强的杀菌性和刺激性,过浓可刺激根尖周组织引起化学性根尖周炎,在换用刺激性小的根管消毒药后,根尖区炎症可消退。

4. 小结　在牙髓治疗中,有可能出现根尖周病,经常规正确处理,症状仍无好转

时，医生应开扩思路，全面系统地排除可能的原因，从常见到少见，逐一考虑。同时在根管治疗时一定要熟悉牙体及其周围组织的解剖结构，操作要轻柔、细致；还要掌握药物的理化特点、优缺点，合理使用，这样在临床上才能运用自如，成功地治愈疾病。

（邓　婧　吴钦贞）

$\overline{8|}$迷走于软腭，舌腭弓前肿痛流脓 2 年

【病史】 男，26 岁，因右下颌磨牙后区反复疼痛肿胀流脓伴张口受限 2 年，多方治疗无效，于 1980 年 11 月 17 日入院。患者 2 年前因右下颌磨牙后区肿痛，在当地卫生院应用青霉素抗炎治疗，治疗效果不佳，一周后试图拔除$\overline{7|}$，因拔牙时疼痛未成功，肿胀、流脓、张口受限加重而入院。既往身体健康，无拔牙史。

【查体】 面部对称，开口度 2.5cm，$\overline{7|}$远中龈组织轻度肿胀，右舌腭弓与翼下颌皱襞间有一脓瘘。$\overline{76|}$无异常，$\overline{8|}$缺如。$\overline{|8}$近中斜位阻生，$\underline{8|8}$对称性颊向移位。双侧扁桃体无肿大。

【辅助检查】 右下颌骨体侧位 X 线片示：下颌升支下段有一枚埋伏牙。

【初步诊断】 $\overline{8|}$下颌升支埋伏牙并冠周脓瘘。

【治疗】 在局麻下行升支埋伏牙摘除术。手术从口内翼下颌皱襞作纵形切口，凿骨后升支内未觅见牙齿。因视野范围小，扩大凿骨仍未见牙齿，即改为右颌下切口，显露下颌升支骨外板后，凿骨，又未觅见牙齿踪迹，手术失败。术后摄右下颌骨侧位片，X 线仍显示$\overline{8|}$在升支骨下段位置。摄下颌升支开口后前位片时，发现牙齿在升支骨内侧的软组织内，再次手术，从右侧软腭内摘除$\overline{8|}$。术后 7 天拆线，伤口Ⅰ期愈合，脓瘘消失，痊愈出院，随访五年，病人无任何不适。

【术后诊断】 $\overline{8|}$迷走牙并发脓瘘。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　右下颌磨牙后区反复肿胀流脓，伴张口受限，多被考虑为冠周炎，应用青霉素消炎治疗是正确的。

当消炎效果不好，查见$\overline{7|}$远中牙龈红肿，又想到在局麻下拔除$\overline{7|}$，通常也是这种思路。

因疼痛拔牙失败，转来我院对以往的处理不详知。

口内下颌升支拔牙手术失败，在未弄清诊断的情况下，又改用口外颌下进路再次拔牙，结果本次手术还是以失败而告终。

2. 本病案的特点　第三磨牙埋伏，其冠周炎发生是常见的，炎症刺激颞肌下颌升支前附着，引起开口困难是首要的体征之一。但持续抗感染治疗无效，又口内手术拔牙失败，不仅未引起医生的警惕，更使用口外颌下错误进路再行手术探查，未寻到埋伏牙，使病人反复遭受手术之苦。

3. 教训　本病例中所患疾病（软组织内$\overline{8|}$迷走牙）与被误诊疾病（下颌升支埋伏牙$\overline{8|}$）在该患者身上共有的特点：$\overline{8|}$埋伏阻生，磨牙后区脓瘘，开口受限。这使接诊医师被以往的经验所迷惑，导致以后的错误治疗。

下颌升支埋伏$\overline{8|}$的特点：

1)$\overline{8|}$引起的化脓性感染，抗炎治疗肯定有效。

2)拔除病源牙一定能够根治。

误诊误治原因分析：

1)磨牙后区软组织炎症，多考虑为牙源性，当X线片示下颌升支埋伏牙$\overline{8|}$时，并没能全面检查，仅凭下颌体侧位片就行口内手术治疗，结果无着。本应究其原因，明确定位后再行治疗，因急于求成，第二次颌下进路手术取牙仍遭失败。

2)迷走牙$\overline{8|}$的特点：①临床罕见。②软组织感染可形成经久不愈的脓瘘。③拔牙前应明确定位诊断。④拔牙后症状肯定完全消失。

3)在诊断$\overline{8|}$软组织内迷走牙时，应排除既往拔除$\overline{8|}$的过程中将其推到软组织内与之混淆。本病例否认既往拔牙史。

4. 小结　对$\overline{8|}$阻生埋伏牙，首次探查术时找不到患牙，应究其原因，是手术视野狭小，还是牙齿本来就不在骨内埋伏，应想到其特殊性所在。

由于不能全面查体，给治疗带来错误，本病例如果检查全面，明确牙齿的位置，将手术操作困难的骨内埋伏牙拔除术将变得简单易行。

对于骨内的埋伏牙要摄定位片，在下颌骨要摄正侧位两张片，以确定患牙的准确位置。

（杨佑成）

抗生素性口炎误诊为细菌性口炎

【病史】 女，69岁。口腔粘膜灼痛1个月。1个月前因舌灼痛在区医院就诊，给予先锋霉素Ⅳ 0.5g，每天3次。一周后症状加重，颊、腭亦有刺痛，舌背无苔、质红，以“口炎”之诊断，给予静脉点滴青霉素800万U 5天，口腔粘膜疼痛更加严重，影响进食和睡眠，遂转我院就诊，患者舌疼前因腹泻曾静脉点滴消炎药10余天。

【查体】 舌背丝状乳头萎缩、质红，有散在的凝乳状小白点，不易擦掉。双颊、软腭充血。

【辅助检查】 刮取白色斑点做直接镜检，见有大量念珠菌菌丝。血常规检查结果正常。

【初步诊断】 抗生素口炎。

【治疗】 停止应用任何抗生素；用3%小苏打溶液含漱，2小时1次。一周后复诊，症状和口内白色斑点消失，粘膜充血减轻。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　口腔粘膜疼痛一部分原因是由于细菌感染，应用抗生素有效；病人服用抗生素后症状不但没减轻反而加重，接诊医师认为是药量不足，“感染”未能控制，随加大了抗生素的剂量，临床上常遇到这种情况。

2. 本病案特点　病人在舌痛前曾因腹泻静脉点滴过抗生素10余天(这一病史误诊医生未采集到)，这是造成口腔菌群失调，引发舌灼痛的原因。然而，误诊医生对

此病并不认识，以为是细菌感染造成的，并反复给予抗生素治疗，使菌群失调更加严重。

3. 教训　口腔粘膜病是口腔疾病中比较繁杂的一组疾病。其种类繁多，原因复杂，非口腔粘膜病专业的医生一般对此掌握较少，故而常造成误诊。

抗生素性口炎（急性萎缩型白色念珠菌病）的特点　多发生于大剂量抗生素的应用之后，以舌背多见，舌背丝状乳头萎缩，粘膜充血，其上可有假膜出现。

引起口腔粘膜疼痛的原因很多，如感染（细菌、病毒、真菌等）、创伤、精神及全身疾病在口腔粘膜上发生的表征等。若要诊断正确，必须详细采集病史，全面掌握各种口腔粘膜疾病的特点及相关疾病的知识。

4. 小结　广谱抗生素及免疫抑制剂即可抑制免疫功能，又能引起菌群失调，导致真菌感染。

目前临床上高效、广谱抗生素的广泛使用，使口腔白色念珠菌感染的病例比以往多见了。对于假膜型白色念珠菌病（雪口），因其具有典型的凝乳状斑片，较易确诊。而抗生素性口炎粘膜表现为充血、萎缩，易与其它疾病的口腔表现相混淆，详细寻问相关病史，做必要的实验室检查，有利于正确的诊断。

（邓　婧　吴钦贞）

|6残髓炎误诊为上颌窦炎

【病史】　男，38岁。左上后牙发作性持续隐痛2个月，加重3天就诊。2个月前，患者感上后牙隐痛，有时放射到左侧颞部。到口腔门诊治疗，口腔检查见|6银汞合金充填治疗后，|78未见龋坏，叩痛（－），冷热刺激无反应，左侧上颌窦压痛（±），疑为左侧上颌窦炎。摄鼻窦片和上颌后牙根尖片，诊为："上颌窦囊肿并感染"。然后行上颌窦根治术。术后症状无缓解。近3天来，疼痛较前明显加重，再来院就治。既往史于半年前因|6牙髓炎作过牙髓治疗。

【查体】　颌面部对称，开口度正常，|6远中邻面银汞合金充填体完好，叩痛阳性。其余诸牙齿无异常。鼻无阻塞症状，无脓性涕。除去|6的充填物，查见作过干髓术治疗，用牙髓探针直接探入根管深部，探痛明显。

【初步诊断】　|6残髓炎。

【治疗】　彻底去除|6充填物，见残髓位于根管口处，置樟脑酚棉球安抚消炎，一周后自发痛消失，置入砷剂失活根髓。根髓失活后，常规塑化治疗。治疗后，疼痛症状全部消失。随访3个月，无复发。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　左上颌后牙持续性隐痛，放射至颞部；这是牙髓炎的常见症状之一。经口腔检查，|6已作牙髓病治疗，不会再产生疼痛，其余牙齿均无异常，故排除牙源性疼痛，这是常规思路。

当疑为上颌窦炎时，摄X线片协助诊断，这也是常规检查程序。

当X线片示上颌窦囊肿时，行上颌窦根治术（上颌窦炎或上颌窦囊肿皆可施行根治术）。这一治疗措施无疑也是正确的。但本次治疗还是以失败而告终。

2. 本病案的特点　左上颌后牙疼痛，放射至颞部，除牙源性痛外，也是上颌窦炎的常见症状之一。因分布到上颌牙髓的神经在进入根尖孔之前，要经过上颌窦的底壁或侧壁，因此患上颌窦炎的患者往往感到上颌后牙痛，且放射到头面部。当X线诊为“上颌窦囊肿”时，考虑与上颌窦炎症一样故而施行“上颌窦根治术”。然而，手术后并未收致改善症状，达到根治的目的。

3. 教训　疾病的误诊误治均有其特殊性，也有其共性，只注意了共性，忽略了特殊性，必然引入误诊。

本病例中所患疾病“残髓炎”与被误诊疾病“上颌窦炎”之间，其共性为，左上颌后牙发作性持续性隐痛，向头面部放射。

通常情况下，慢性上颌窦炎的特点：

间歇性上颌区钝痛伴鼻部症状，抗炎治疗肯定有效。

上颌窦根治术可以根治(包括上颌窦囊肿)。

误诊原因分析：牙髓经干髓术或去髓术后，因根管内残留活性牙髓组织继发感染，而发生残髓炎引起疼痛，症状常不典型，易造成误诊误治。

本病例由于医生忽略了半年前曾作过牙髓病治疗⌊6可以继发残髓炎，误认为充填过的牙髓不会再出现疼痛，将不典型的持续性隐痛误诊为慢性上颌窦炎，抗炎治疗无效，不仅未引起注意，而进行上颌窦根治术，但术后症状并未缓解。

残髓炎的特点：①已做过干髓术或去髓的牙齿。②症状不典型。③疼痛一般为自发性隐痛或持续性钝痛，可放射到头面部。④在去除原充填物后，用光滑髓针或牙髓探针插入根管内，有探痛即可确诊为残髓炎。

由于残髓炎症状不典型，临床医生应努力寻找具有鉴别意义的特殊性，那就是⌊6已做过牙髓病治疗半年后，再出现发作性隐痛时，应进一步检查患牙，如患牙是否对冷热刺激敏感，以确定有无残留的活髓。

4. 小结　对患者的临床症状必须紧密结合病情分析疾病发生的前前后后，能否解释该病的临床表现和治疗效果，⌊6半年前作过牙髓病治疗。治疗半年后，一年甚至更长时间均可发生残髓炎，出现不典型的牙髓炎症状。

上颌窦根治术，可以根治上颌窦炎或上颌窦囊肿，但不能根治牙源性疼痛，这就是上颌窦手术后，症状不能缓解之故。

正确的诊断和治疗，依赖于正确的病史、检查及治疗操作等，当⌊6去除旧充填物，探针探及根髓有疼痛时，即可明确诊断。

（杨佑成　吴钦贞）

第二节　三叉神经痛的误诊

右下齿槽神经三叉神经痛误诊为牙髓炎

【病史】　男，56岁。右下颌后牙区发作性短暂而剧烈的针刺样痛5年，加重2

月于1984年3月14日入院,患者5年前右下颌后牙区剧痛,口腔检查发现8┐近中斜位阻生,7┐远中邻面深龋,6┐殆面深龋,拟诊为“牙髓炎”行7┐开髓减压治疗。开髓后症状无缓解,口服消炎药、止痛药无效,5个月后在局麻下行8、7、6┐拔牙术,术后仍剧痛难忍,遂将右下颌全部牙齿拔除。但仍不能止痛,又拟诊为“右三叉神经痛(第三支)”,予口服卡马西平,能止痛。2年后又行右下颌孔无水酒精封闭治疗,止痛效果良好,11个月后症状复发,仍口服卡马西平治疗。近2月来病情加重,口服卡马西平止痛效果不好,即入院要求手术治疗。

【查体】 右侧下颌区皮肤粗糙,8-1┐缺失,牙槽嵴低平,轻触右口角及颏部皮肤可诱发疼痛发作,即刻行下颌孔注射2%利多卡因能有效止痛。7-1┘无龋坏,8┘缺失。

【辅助检查】 下颌体X线片示:下颌骨牙槽嵴水平吸收。

【初步诊断】 右侧原发性三叉神经痛(第三支)。

【治疗】 手术经口内翼下颌皱襞进入,于下颌孔及颏孔撕除下齿槽神经长约8cm。术中见颏部神经较粗大,术后一周内仍有疼痛,但疼痛明显减轻,次数明显减少,一周后疼痛完全消失,术后随访三年无复发。

【病理诊断】 神经组织呈炎性改变。

【分析】

1. 误诊误治思路原因　在临床上最易将三叉神经痛误认为牙痛(牙髓炎或根尖周炎),以致许多病人因此而拔牙。甚至拔除全部牙齿(如本病例)。同样也时有将牙痛错诊为三叉神经痛而行神经分支酒精封闭或手术将神经分支撕除。

8┐近中斜位阻生,7、6┐深龋,多被考虑为牙髓炎,行7、6┐开髓减压引流,是治疗牙髓或根尖周炎的有效手段,此举是正确的。

开髓引流后不能止痛,随之口服消炎、止痛药,通常也是这种思路。

当开髓消炎治疗无效,遂将8、7、6┐拔除也是常有的,但术后仍不能止痛,随之将右下颌全部牙齿拔掉,有不少基层医生也常常这样操作,但本次还是以失败而告终。

在上述方法反复治疗无效时,被拟诊为三叉神经痛,采用卡马西平治疗,结果能有效止痛,自此走出误区。

2. 本病案的特点　8┐近中斜位阻生,7、6┐深龋,其牙髓炎发病是常见的,引起发作性剧烈疼痛是首要症状之一。但反复行消炎止痛及根治性开髓治疗和拔牙术,对该病的治疗无多大帮助,其症状仍不断加重,在这样进程之后,医师才如梦初醒,拟诊为三叉神经痛,予以卡马西平治疗,结果止痛有效。

3. 教训　原发性三叉神经痛临床表现较典型,诊断并不困难。

本病例中三叉神经痛与被误诊的急性牙髓炎在该患者身上有着共同的症状和特点:8┐阻生,7、6┐深龋,发作性短暂的剧烈疼痛。

通常情况下,牙髓炎的特点:

1)病灶牙开髓引流即可止痛。

2)拔除病灶牙肯定可以根治。

误诊原因分析：

1)按牙髓炎行常规有效的方法开髓、消炎、拔牙治疗，屡屡失误，就在于医生的思路始终停留在某一部位的常见病、多发病上，错将右下颌全部牙齿拔掉，没及时想到，用常见病、多发病的有效方法治疗无效时，肯定是其它疾病。

2)三叉神经痛的特点：

(1)短暂发作性的闪电样剧痛，每次发作的时间一般不超过1～2分钟。

(2)疼痛局限于一侧面部三叉神经的某一支、二支偶或三支分布区域内，而且从不扩至对侧(个别的双侧性三叉神经痛除外)。

(3)间歇期间可无任何疼痛，即使个别病例有疼痛，其性质与发作期疼痛也迥然不同，一般表现为轻度的钝痛或感觉异常。

(4)常有触发点，轻触该区即可引起疼痛发作，而且其位置多在受累支的分布区内，这对病区神经支的定位有重要意义。

(5)通常痛区内既无感觉障碍，亦无其他局灶性神经体征。

(6)如对支配患部的三叉神经分支进行普鲁卡因封闭，则可在药物作用有效时间内停止疼痛发作。

(7)口服卡马西平能有效止痛。

当急性牙髓炎时，通常伴有上牙或下牙的自发性剧烈疼痛，并且可由于影响三叉神经第2或第3支而沿其径路放射。早期，疼痛多为发作性，持续15～30分钟，间歇2～3小时，冷、热或机械刺激病牙往往可诱发或加剧疼痛。随病变不断进展，疼痛越来越剧烈和持久，多呈跳痛，并沿相应的三叉神经分支向远、近端放射，以致患者不能指出具体的发病部位。牙髓炎疼痛有一显著的特点，即夜间疼痛异常剧烈，另外根据发作持续时间长，无触发点，口腔检查常见龋齿，X线摄片有阻生发现等，可与原发性三叉神经痛相鉴别。

究其误诊误治原因，对以上两病特点认识不足，盲目治疗，拔除牙齿，终成大错。在此应强调注意，因原发性三叉神经痛的治疗方法甚多，没有特异性的诊断和治疗方法，都是用排除性方法，这也增加了失误的机会。

4．小结　本病虽属临床常见病，但误诊病例并非罕见。当拔除第一颗病牙后，疼痛症状不缓解，医生必须全力抓住该病例最突出的特点。疼痛是一症状，可由多种疾病引起，经过认真分析之后，制订下一步治疗方案，采取有效措施，避免一错再错。

(杨佑成　李爱云)

右面蝶腭神经痛误诊为三叉神经痛

【病史】 男，39岁。发作性右侧面部针刺样疼痛8年，加重2个月于1994年4月4日入院。患者8年前右侧面部针刺样痛，从右侧上颌眶下区、鼻侧开始，继而扩展至上颌牙龈、腭部、下颌区，伴鼻塞、流涕。拟诊为三叉神经痛，口服卡马西平治疗约2年。1989年11月行“三叉神经射频治疗”，治疗后疼痛没有减轻。再继续服用卡马西平并服中药治疗。1991年3月再行“颅内三叉神经后根切断术”，术后疼痛仍

无缓解。近2月来疼痛加重,且鼻塞、流涕症状加重而来我院。既往史于8年前患上颌窦炎行上颌窦根治手术。

【查体】 面部两侧对称,右耳后可见一横过乳突部位之手术切口疤痕,长约6cm,口腔粘膜无异常,76|义齿修复,85|为桥基牙,无龋,8-1|无龋,龈无红肿。右中鼻甲轻度肥大,鼻咽部无异常。

【辅助检查】 副鼻窦X线片:副鼻窦无异常发现。翼腭凹CT未发现肿瘤。肝功能检查轻度损害,肾功无异常发现。

【初步诊断】 右蝶腭神经痛。

【治疗】 右中鼻甲粘膜下无水酒精封闭治疗;右腭大孔进路蝶腭神经节无水酒精封闭治疗,口服卡马西平等药物,疼痛及鼻部症状完全消失,观察、随访数年无复发。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　发作性右下半颜面针刺样疼痛,其范围属三叉神经第二、三支分布区,多被考虑为三叉神经痛,应用卡马西平治疗,能有效止痛。(蝶腭神经痛口服卡马西平亦能有效止痛),诊疗方法恰当。

长期口服卡马西平,虽能有效止痛,但由于药物的副作用。以及疗效的降低,迫使患者寻求新的治疗方法。射频治疗三叉神经痛,方法简单,止痛效果好,容易被患者接受,故而采用射频治疗(当今流行新的治疗方法)。这也是医疗常规。

当射频治疗失败后,医生、患者均考虑为技术上的问题,再施开颅术,行"三叉神经后根切断术"。但本次还是以失败而告终。

2. 本病案的特点　发作性针刺样剧痛是三叉神经痛与蝶腭神经痛常有的典型症状之一。在长期口服卡马西平治疗后,采用最有效的射频治疗,开颅三叉神经后根切断术,本应能及时止痛,缓解症状,本病例却屡屡失败,令人费解。

3. 教训　本病例中所患疾病(蝶腭神经痛)与被误诊疾病(三叉神经痛)在该患者身上共有特点:右上颌、下颌区发作性剧痛,口服卡马西平均能有效止痛。

三叉神经痛的特点:

1)射频治疗,开颅三叉神经后根切断术是治疗三叉神经痛最有效的止痛手段,三叉神经周围支撕脱术、无水酒精封闭治疗次之,口服卡马西平及中药也能止痛。

2)上述诸治疗方法都不能根治,治疗后均易复发,复发时间一般在治疗后6～12个月。

误诊原因分析:

1)经过反复治疗失败后,仔细询问患者的病史,自诉开始患病时,疼痛持续时间相对较长,首先开始于鼻根部,夜间亦时常疼痛发作,每次发作常伴有流清鼻涕的症状;而且疼痛的范围亦较广泛,整个右侧面部有一种酸胀痛的感觉,没有明显之"扳机点"。这些症状的存在及其特殊性,在第一次作射频热凝治疗之后,不能有效止痛的情况下,就应想到其他疾病的可能,医生的思路始终停留在某一部位常见病、多发病上,没有想到常见病、多发病的有效治疗方法无效时,肯定是其他疾病。

2)被误诊疾病(蝶腭神经痛)的解剖及临床特点:蝶腭神经节在解剖结构上比较复杂,其与三叉神经、交感神经、副交感神经以及睫状神经节、耳神经节等有着密切联系,周围分布极其广泛,故本病的临床表现相当复杂且不典型,以致其诊断也颇为困难,易被误诊。

蝶腭神经节位于翼腭窝内,是一个比较重要的头部植物神经节。它有三个神经根,感觉根来自三叉神经的上颌支,副交感根源于面神经(中间神经)的分支岩浅大神经,而交感根则由起自颈动脉丛及岩深神经的纤维组成。由蝶腭神经节发出的纤维是副交感神经的节后纤维以及由该节通过的感觉和交感神经纤维,并组成眼眶神经,后上鼻神经、腭神经及咽神经等分支,分布于眼眶、泪腺、鼻腺、蝶窦、筛房后部、上颌窦,以及口腔腭部、上牙龈、咽部等处的粘膜,支配该区粘膜的一般感觉,腺体分泌、小血管功能以及泪腺分泌。本病诊断比较困难。提示为蝶腭神经痛的主要依据是:①一侧下半面部疼痛,主要位于鼻根、眼及上颌部,深在而弥散,往往超出三叉神经的分布范围;②疼痛为发作性,持续时间较长;③发作期间通常伴有鼻塞、流清涕、流泪等植物神经症状;④如以4%可卡因涂布患侧中鼻甲后部粘膜(或粘膜下注射普鲁卡因)或行蝶腭神经节封闭,则可使疼痛减轻或缓解。

3)蝶腭神经节无水酒精封闭是治疗蝶腭神经痛最有效的止痛方法。一般维持一年以上,可重复注射。

4. 小结　面部神经痛大致可分为典型神经痛与非典型神经痛。典型神经痛主要可由颅神经的躯体感觉纤维受损所致,其表现特点为短暂发作性剧烈放射痛,而且疼痛仅局限于受累神经的分布区内。非典型神经痛则主要由植物神经受损所引起,其表现特点为疼痛部位并不局限于某一周围神经分布区,而主要位于受累的植物神经支配范围,疼痛较持续,弥散而深在,多呈烧灼样或跳痛性质,并常伴显著的植物神经症状。本病案初始就误入歧途,又因两者采用卡马西平治疗均有效,而致诊断错误,当选用更有效的治疗(射频治疗及颅内三叉神经后根切断术)方法不仅无效,反而病情持续渐进性发展时,医生必须突破常规思路,想到虽是常见病,但是属特殊性的一类型。

蝶腭神经痛主要由植物神经支配,在治疗过程中勿忽略了植物神经症状(流清涕、鼻塞),致使治疗错误,因此,对每位患者必须结合病情分析症状和治疗效果。

(李爱云)

第三节　颌面部肿瘤疼痛的误诊

翼腭凹肿瘤疼痛误诊为牙髓炎

【病史】 男,46岁。右侧上颌后牙疼痛3个月,眶下区麻木半月,颞部发现隆起10天于1986年4月17日入院。患者3个月前无明显原因右侧上颌磨牙区钝性疼痛,在当地医院口腔科门诊检查见7┘远中邻面中度龋,探痛不明显,叩(-),冷热刺激

疼痛轻度。行备洞后试补观察,之后症状无缓解,渐加重,并累及同侧上颌、耳颞区及眶部,因此又开髓、失活行干尸术治疗,但疼痛如故。近半月张口时疼痛加重,安静时略有减轻,但出现麻木感,且颞部出现膨隆,在当地消炎治疗无效来我院就诊以右侧面侧深区肿块收入院。

【查体】 颌面部检查见右侧颧弓上方膨隆,皮色正常,局部肿块边界不清,触之无明显疼痛,质较硬,张口度中度受限,同侧眶下区域皮肤感觉迟钝,温度正常,眼、耳、鼻未见异常。

【辅助检查】 X线检查,上下颌骨正侧位及颞下颌关节薛氏位片示骨质均未见破坏。

【初步诊断】 右面侧深区肿物,恶性肿瘤待排除。

【治疗】 全麻下手术切除肿物,术中见肿物位于翼腭凹下分,边界不清,侵及翼外肌上头肌纤维,肿物大小为4cm×3cm×3cm。

【术后病理诊断】 粘液表皮样癌,低度恶性。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　右侧后牙疼痛,钝痛,检查见7远中存在中龋,无急性牙髓炎表现,多考虑疼痛为中龋所致,给予常规备洞试补观察。

当试补后疼痛非但无缓解、消失,反而加重且范围扩大时,则照一般常规误认为试补失效,改以开髓行牙髓失活、干尸术治疗。

当病人出现患侧上颌麻木,且颞部出现肿块后,虽无体温升高,但仍误诊为局部感染,而且认为可能感染途径为牙源性,给予抗感染治疗也是临床常见的常规处理程序。

2. 本病例的特点　该病案始发症状是右上后牙疼痛,7又罹患龋病。基于现有症状与体征,故导致疼痛的因果关系常误被确立。但本病例中牙痛只是症状表现之一,龋病作为常见病、多发病又为本病的误诊起了错误的导向与掩盖作用,加之疼痛部位与患牙位置基本吻合,使临床医生的注意力只局限地着眼于患牙上,从而造成了治疗无效,而且使肿瘤得以继续发展的不良后果。

3. 教训　所有疾病的临床表现是以其症状与体征体现的。而在疾病的不同阶段,某一表现又可能是多种疾病所共有的,即不同的疾病可表现相同的症状,同一疾病则也可存在不同发展阶段及个体间的差异性。尽管每一疾病表现有其特征,但个性无例外地寓于共性中,特殊必然寓于一般。如"疼痛"这一症状学中常用的名词,在临床上就可表现在诸如炎症、肿瘤、外伤、平滑肌痉挛、牵拉内脏及精神等范畴的某些情况之中。尽管人的认识能力有差异,但都循着由浅入深、由近及远、由表及里、由简到繁的基本过程。在偶然性与必然性这一对范畴中,往往把偶然的现象当成了必然的联系,从而陷入了片面性的误区,其结果是违背客观规律,最终导致失败。

本病例中所患疾病(粘液表皮样癌)与被误诊的疾病(龋病及牙源性感染)在患者身上共有的特点即疼痛,另外还有颌面部膨隆。

通常龋病的特点为(以本例中龋为例):

①牙体出现硬组织的破坏;②有刺激痛或自发性疼痛(致牙髓病变时);③若无牙髓炎,试补后一般为症状缓解或消失,若牙髓炎,则开髓后(活髓)经失活、干尸术治疗后一般效果较好;④一旦发生颞间隙感染,应有急性感染的症状与体征;⑤不应出现眶下区的麻木。

误诊原因分析:①龋病为口腔科学中常见病、多发病之一,疼痛又是其病程发展中的一种常见症状。当病人中的主诉、主要症状与医生查体结果相吻合时,便放弃了全面、综合而深入的分析,草率而片面地作出相应的错误诊断。②在治疗无效时,又是按照错误诊断之疾病的一般发展规律去考虑,得出经验性的推断,诸如龋病发展成牙髓炎。③在颌面部出现膨隆时,又机械性地按牙源性感染作出诊断。思路仍是原错误诊断的延续与深陷。

被误诊疾病的特点:①粘液表皮样癌为涎腺的上皮性肿瘤,生长较为缓慢,多为浸润性生长。较少引起剧烈疼痛,早期多无功能障碍,多不发生远处转移。②生长部位或表浅、或深在,尤其后者,临床上不易早期发现。③手术切除效果好,除恶性程度高且已发生转移者外。④除非颌骨中枢性粘液表皮样肿瘤或发生在骨组织外但已侵及颌骨者,一般 X 线检查多无阳性发现。但 B 超、CT、ECT、MRI 等先进的影像学检查可有助于本病的早期诊断,尤其是象翼腭窝等位置深在的肿瘤。⑤诊断应以病理诊断为准。

4. 小结　首诊医师采集病史要规范,资料要准确、详实,概念要清晰;体格检查及辅助检查应全面、仔细、正确、针对性强。

临床医师应有丰富的医学基础理论知识和熟练的基本操作技能,对于专业基本知识更应熟练掌握、运用自如。

在疾病的诊疗中,应对临床资料进行全面综合,深入分析,作出正确的判断,既符合临床表现体征,又具有充分的根据区别于诸多的鉴别诊断。从而获得有效的治疗。切忌主观性、片面性和凭经验简单"对号入座"。特别是在治疗无效时,更应从解剖、生理、病理、临床等诸方面扩大思路。在考虑常见病、多发病的同时,也不忽略少见和罕见疾病。

三叉神经上颌支出圆孔进翼腭窝,故该神经受累而出现上颌区域的疼痛与麻木是最常见的症状。因位置深在,早期外观多无肿块表现。若肿瘤生长累及眼眶、鼻腔可出现相应的表现,若累及颞下窝可导致开闭口困难等症状和体征,临床上应予注意。

当一定区域出现难以解释的疼痛或呈现肿块时,可行 CT 等影像学检查,以便及早地作出诊断,减少或避免误诊。

临床上治疗性诊断在一定范围内是允许的,但必须具有严密的观察和控制手段,并随时修正诊疗方案。

(樊功为　吴钦贞)

上颌窦癌疼痛误诊为牙源性疼痛

【病史】 男,54 岁。左侧上颌牙痛 8 个月,张口受限半月,于 1987 年 6 月 9 日

入院。患者8个月前左侧上颌磨牙区轻微钝痛，不影响进食。当地医院检查，⌊8颊向位倾斜，⌊7远中邻面粗糙，无明显探痛，⌊6残根，局部牙龈轻微红润，不肿。诊断⌊7远中龋，⌊6牙龈炎；局麻下给予拔除⌊8，⌊6局部牙龈涂以1%碘甘油、口服抗生素、灭滴灵、止痛片等药物。1月后检查⌊7无明显龋坏，叩(－)左侧上颌钝痛仍在。又在局麻下拔除⌊6残根。手术顺利。10天后于该拔牙创内长出红色肉芽样组织，遂又给予搔刮。之后拔牙窝一直未愈，因长出紫红色肿物被反复搔刮清理3次。且局部伴有麻、肿、痛感。近半月病人出现张口受限，经当地封闭、理疗等处理，病情日重而入院。既往史于4年前面部外伤一次，无骨折，仅有软组织擦伤。

【查体】 颌面部左右面中份不对称，左侧略显膨隆，皮色正常，无鼻塞、鼻衄等症状，张口中度受限，开口度不足2指。大开口时左侧上颌区麻胀，痛感加重。⌊6牙窝未愈，局部有一约1cm×0.5cm×0.5cm肿物，伴有坏死、出血，触之无痛，口臭明显，左上颌前庭沟及面部略显膨隆。左侧颌下可及花生米大、活动、质韧的淋巴结。

【辅助检查】 血象无异常，X线瓦氏位上颌体层片示左侧上颌窦密度增高，后壁骨质有破坏。口内肿物取病理首次报告为“炎性组织”，再次取病理诊断为鳞状细胞癌。

【初步诊断】 左侧上颌窦鳞癌。

【治疗】 行上颌骨扩大切除术(左)。

【术后病理诊断】 同术前诊断。

【分析】

1．误诊误治的思路原因　左侧上颌磨牙区轻微钝痛，因⌊7远中粗糙，疑有龋病，给予拔除⌊8以利于治疗⌊7是正确的。另⌊6残根，局部龈略红、不肿；考虑龈炎给予抗生素、灭滴灵，外用1%碘甘油、止痛片等治疗也是可以理解的。而且消炎止痛药对上述拔牙创也是有益的。

在症状未缓解的情况下，⌊7又未见有龋病，拔除⌊6残根也是顺理成章的。

当⌊6拔牙创不愈合，有肉芽样肿物出现后，为便于创口愈合。给予搔刮牙窝也是医生所常做的处理方式。

出现张口受限后，给予封闭、理疗等疗法也是简单对症治疗的基本方法。

2．本病案特点　病人以左侧上颌牙钝痛就诊，接诊医生一直按牙体病给予处理。即使在疗效不佳的情况下，也未能拓开思路，作进一步的检查与诊断，使疾病得以发展。以致出现张口受限及颜面不对称，一般处理无效后才得到明确诊断。

3．教训　牙痛是口腔颌面部常见疼痛的表现之一，当病人以牙痛为主诉就诊时，医生的思路自然局限在牙齿的治疗上。但当疗效不佳，症状体征不符的情况下，医生应拓宽思路，想到颌面部其它疾病。

当牙窝内长出肿物时，医生应想到肿瘤的可能。以病理诊断为准，而不应该给以搔刮，更不该几番如此处理。

出现张口受限后，应将整个病史联系在一起加以综合分析，不应单纯头痛医头、脚痛医脚地采用对症处理，以致贻误病情。

因医生思路的误诊,致使对颌面部的检查不仔细,以致左右面部不对称这一重要的体征未被发现。另外,当症状久存不消,临床上又难以解释时,应进一步作必要的实验室检查如"X"线片,"B"超,"CT",病理等,以尽早明确诊断。

上颌窦癌发病隐匿,早期常无症状。75%病人有牙痛病史,在早期无其它体征的情况下极易造成误诊。该病例因肿瘤向后壁发展,鼻腔症状不显,面部膨隆出现较晚,加之程度轻不易被发现。导致开口受限临床上属不常见,但一旦出现,应在考虑引起该症状的疾病中,想到此病。相应牙窝不愈合,有肿瘤样肿物生长,则更应想到此病。

4. 小结　上颌窦肿瘤尤其是恶性肿瘤,一是早期隐蔽;二是症状、体征多样复杂,可出现鼻腔的症状。如鼻塞、鼻衄、鼻息肉样表现等;眼眶的症状如眼球移位、外突,眶内胀痛、流泪、视力下降甚至失明;口腔的症状,三叉神经第二支分布区疼痛,多有牙痛的表现。拔牙创不愈合,有肿物生长填充。面部肿胀、麻木、胀痛、感觉迟钝、张口受限等。临床上上颌疼痛难以用牙体、牙髓、牙周及原发性三叉神经疼痛等常见病解释时,综合其它症状,应进一步检查,想到本病的可能。

(吴钦贞　樊功为)

上颌窦癌疼痛误诊为三叉神经第二支痛

【病史】 男,54岁。右上颌眶下区疼痛4个月,于1984年7月26日入院。患者4个月前不明原因的右上颌眶下区阵发性疼痛,发作时涉及同侧鼻根、鼻翼区。每日发作性疼痛3~5次。在当地医院诊断为"右侧三叉神经第二支痛",先行针灸治疗,后给予卡马西平口服,无效,又行眶下神经撕脱术,术后疼痛缓解,右眶下区皮肤麻木感。近10天来,自感右侧上颌区深部仍有疼痛,并鼻塞感明显,鼻腔分泌物增多,眼球也有胀感,右上颌牙齿松动,而来我院就诊。

【查体】 仔细观察病人,两侧面部轻微不对称,右侧略高于左侧。右眶下缘可见长约2cm已愈合的横形手术切口。开口度正常,654|松动,颊沟肿胀,触之较左侧饱满。鼻腔检查无明显异常。

【辅助检查】 血常规:白细胞4.8×10^9/L;中性白细胞0.28;淋巴细胞0.16;血红蛋白12.6g/L。肾功能正常。上颌骨X线断层及CT检查显示:右上颌窦实质性占位性病变,骨质有破坏,考虑为上颌窦癌。上颌窦穿刺活检,病理诊断为:上颌窦鳞状细胞癌。

【初步诊断】 右侧上颌窦癌。

【治疗】 手术切除右侧上颌骨包括右眶内容物。术中见上颌窦内肿块侵及上壁、内壁、下壁,因眶板受累,眶底组织连同眶内容物一并切除。术后创口愈合良好,20天后好转出院。

【术后病理诊断】 右上颌窦中分化鳞状细胞癌。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　患者首诊于基层医院,右眶下区疼痛,呈阵发性,每日

发作3～5次，范围符合三叉神经第二支分布区域，多考虑为三叉神经痛，行针灸止痛，并给予卡马西平口服，这些治疗是常用的。

当保守治疗无效，而采取常用的有效的止痛方法手术治疗，行眶下神经撕脱术，也是通常情况下，临床医生常用的操作程序。

手术撕脱神经后，一度疼痛缓解，术区皮肤麻木，临床止痛效果好。但实际可能为肿瘤侵及眶下神经，已有感觉迟钝，发生皮肤麻木，肿瘤在扩散浸润，症状逐渐加重。

2．本病案的特点　右眶下区阵发性疼痛，疼痛范围位于三叉神经第二支支配区域，发作性疼痛是其首要的特征之一。但患者反复应用常规有效的止痛方法和口服有效的止痛药物保守治疗，反而病情加重，不仅未引起医生警惕，竟使用更加错误的所谓“眶下神经撕脱术”，由于手术刺激使肿瘤加速浸润扩散。

3．教训　由于知识肤浅，思路狭窄，只考虑常见病，遗漏少见病，忽略了某些疾病的隐蔽所在，引入误诊。

本病例中所患疾病（上颌窦癌）与被误诊为疾病（三叉神经痛）在该患者身上有共同的特点：右眶下区阵发性痛（疼痛范围为三叉神经第二分支分布区域）。

三叉神经痛的临床特点：①发作性某一分支分布区的剧烈疼痛。②口服卡马西平及周围神经撕脱术肯定能止痛。

误诊原因分析：

1）某些医生有思路狭窄的弊端，由于对口腔颌面外科或耳鼻喉科知识了解不多，不能对头颈肿瘤引发的疼痛症状进行鉴别诊断，只考虑常见病、多发病，遗漏少见病。未想到按常见病用有效的治疗后，不见好转甚至无效，肯定是其他病。

2）检查不细，判断简单，再加缺乏专科知识，缺乏科学性。本病例所患上颌窦癌应该说症状较典型，诊断并不困难，但首发症状疼痛与三叉神经痛混淆，导致手术创伤刺激加速肿瘤生长，加重病情延误时机。

3）上颌窦癌早期肿块小，位于上颌窦内，不容易发觉。再由于条件所限，确诊亦可有困难。

4）被误诊疾病上颌窦癌的特点：①早期症状不明显也不典型。②肿瘤侵及眶下神经可产生疼痛、感觉迟钝、麻木。③窦内侧壁肿瘤可出现鼻塞、鼻衄、一侧鼻腔分泌物增多。④侵及眶底，眼球胀痛，出现复视。⑤侵及牙槽突可致牙齿松动，牙龈出血。⑥手术刺激可加速肿瘤扩散。

4．小结　对首发症状，最初诊断，进行最有效的治疗，不仅无效，反而病情加重，医生必须扩大思路，想到某些疾病的特殊性。

口腔科、耳鼻喉科解剖结构复杂，某些疾病界于两科之间。如本病例，可首诊于口腔科，也可在耳鼻喉科。问题的关键在于缺乏专业知识，不能拓宽思路，只想到常见病、多发病，忽略了少见病的存在。

掌握颌面肿瘤的基本知识，充分合理地利用各种检查手段，如X线、B超、CT，怀疑恶变或恶性肿瘤的患者应行穿刺活检或冰冻病理检查。不可主观臆断，

盲目手术。

（李爱云　吴钦贞）

上颌窦癌疼痛误诊为牙髓炎

【病史】 男，38岁。右侧上颌持续性钝痛半年余，伴鼻塞，涕血半月，于1994年11月12日入院，患者半年前感觉右侧上颌钝痛，以右上颌磨牙区疼痛明显，即到口腔内科就医，以“6|逆行性牙髓炎”作开髓治疗。治疗后疼痛不能缓解，经多位医生多次治疗，先后将7,5,4|皆作了牙髓病治疗，治疗约半年时间，疼痛不但未缓解，反而明显进行性加重。近半月来，除右侧上颌疼痛外，伴有鼻塞、涕血、头痛等症状。即到耳鼻喉科诊疗，摄鼻窦片示：左侧上颌窦占位性病变（放射科医生误将右侧诊为左侧上颌窦病变），医生更加困惑，又多次讨论，即行上颌窦穿刺活检，病理报告为：右上颌窦鳞状细胞癌。病人入院待手术治疗。

【查体】 颌面部对称，无明显畸形，开口度正常，7,6,5,4|䯝面充填物完好，叩痛（+），松动Ⅰ°～Ⅱ°。右前庭沟较对侧略丰满，鼻外形正常，鼻中隔无偏曲，双下鼻甲较大，右中鼻道有脓性分泌物，粘膜充血。鼻旁犬齿凹处有轻度压痛。

【辅助检查】 X线上颌窦断层片示：右上颌窦肿瘤，窦底上颌骨质破坏。

【初步诊断】 右侧上颌窦鳞状细胞癌。

【治疗】 在全麻下行右上颌骨全切除术。术中见肿物位于上颌窦腔内，侵犯上颌窦底，骨质破坏，肿瘤约3cm×5cm×4cm大小，质脆，烂肉状，上颌窦后壁及内上壁骨质无破坏。患者住院20天，痊愈出院。2个月行化疗，随访1年半，局部未见复发。

【术后病理诊断】 右侧上颌窦高分化鳞状细胞癌。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　右上颌磨牙持续性疼痛，牙周局部稍有炎症，牙齿本身又无龋坏的情况下，多考虑为“逆行性牙髓炎”，应用开髓引流是正确的。

当开髓治疗某一牙齿效果不好，又想到相邻牙齿是否为病源牙，即作右上颌相邻数个牙齿的开髓治疗，可以理解。

前述保守治疗无效，病人病情加重，当出现鼻部症状时又请耳科会诊，行X线摄片检查，上颌窦穿刺检查，这也是医生的常规作法。

X线摄片虽能发现病变所在，但报告位置错误，误将右侧上颌窦病变报告为左侧，以致使临床医生不能及时的解释其临床症状，延误治疗。这种现象不少医院及科室时有发生。

2. 本病案的特点　右侧上颌磨牙区持续性钝痛，首先考虑为牙齿的病变，开髓引流止痛是根治牙痛首要的治疗措施。但患者反复应用常规有效的保守治疗，又经多个医生的长期治疗，不仅无效，反而更加重病情，不仅未引起医生警惕，反而开髓治疗一个牙齿不成功，又开髓治疗另一个牙齿，直至连续作了3个以上牙齿的开髓治疗，结果屡屡失败，误诊误治长达半年之久，肿瘤却呈浸润扩散性生长。

3．教训　疾病的误诊误治均有其共性，也必然有其特殊性。特殊性在特殊环境下，使人一叶障目，引入误诊。

本病例上颌窦癌与被误诊疾病“牙髓炎”，在该患者身上共有的特点：右上颌磨牙长期性钝痛，进行性加重。

牙髓炎的特点：

(1)牙髓炎病因明确。

(2)开髓引流止痛效果非常显著。

误诊误治原因分析

(1)按误诊疾病采用常规有效治疗方法连续治疗多次，不仅无效，未引起医生的警惕，竟连续开髓治疗几个牙齿，多个医生造成误诊误治，失误的原因就在于医生的思路始终停留在某一部位的常见病多发病上(本病牙髓炎为常见多发病)，没有及时想到按常见病多发病的有效治疗失败时，肯定是其他疾病。

(2)当某些特殊症状出现时(鼻塞、涕血)，虽能考虑到其他科室的协助诊治，但因放射科错报病变部位，使医生认为左侧上颌窦有病变，能否会引起右侧牙痛的误导！给人以费解，也是贻误病情的原因之一。

(3)被误诊疾病(上颌窦癌)的特点：①发生部位深在易被忽略(上颌窦腔内)；②该病生长缓慢，早期在腔内，当侵犯到周围组织时，才出现压迫破坏骨质的症状；③晚期可致牙齿松动；④鼻塞、涕血是常见的临床直观表现。

4．小结　首次诊断后应用常规有效的治疗方法，不仅无效，反而病情加重；医生必须扩大思路，突破常规，对疾病进行细致的鉴别诊断。

口腔颌面部虽然解剖结构复杂，但X线摄片或CT均能清楚地显示病变的部位、大小，给临床提供明确的诊断依据。但错误的报告，也可使医生铸成大错。如果本病例按左侧上颌窦肿瘤行上颌骨切除后果会更惨。临床上因左侧患病误将右侧摘除者有之，因此，每位患者的病情必须紧紧结合临床，局部解剖能否解释该病的临床表现和疗效来分析。

本病例既有临床误诊误治达半年以上，也有X线误诊报告的教训。当首诊治疗无效时，就应全力抓住该病例最突出的特点(本病例最突出的特点就是肿瘤侵犯颌骨，牙齿出现松动，叩痛，出现类似牙髓炎的症状)，及时作必要的检查，早期明确诊断。

(杨佑成　邓　婧)

舌根腺癌疼痛误诊为舌咽神经痛

【病史】 女，47岁。口咽部疼痛2月余，进食吞咽异物感1周。于1994年9月入院。患者于2个月前感口咽部发作性疼痛，性质为钝痛与针刺样痛。门诊以舌咽神经痛、舌神经痛等给予封闭治疗。虽有一定疗效，但不能根除。近1周出现吞咽有异物感。自行口含草珊瑚、克菌定及应用治疗慢性咽炎所用药物，症状无改善。后经口咽部检查发现肿物，MRI示舌根部有占位性病变。

【查体】 张口度正常。口咽部检查见舌根部有一约1.5cm×1cm×0.5cm肿物。

表面不光滑，不活动，质韧，轻度触痛，左侧下颌角区可扪及一蚕豆大淋巴结，活动无触痛。

【初步诊断】 舌根部肿物，性质待定。

【治疗】 气管切开全麻，从左侧口角进路，锯断下颌角处骨质，牵拉舌体，切除舌根部肿瘤，同侧颈部行根治性淋巴清扫术。

【术后病理诊断】 舌根部腺癌。

【分析】

1．误诊误治的常规思路原因　舌根部、口咽部疼痛，一般张口难以查见该处，加之病人咽部反射敏感、恶心，使临床物理检查不易奏效。在未发现任何异常体征的情况下，疑为舌咽神经痛、舌神经痛，给予常规治疗。因封闭剂多含麻醉药或激素类药物病人可出现暂时的缓解，但事实上难以根除。

原发性神经痛多治疗效果不甚理想，故在疗效不彻底的情况下，反复给予封闭治疗，也是属常规的处理方式。

当出现吞咽有异物感时，自然先想到异物。在否认有鱼刺等异物存在的时候，给予口含药物，抗生素及处理慢性咽炎所用药物也是常见的。因异物的刺激与慢性咽炎等在临床上较为常见，也易混淆。

2．本病案特点　口咽部疼痛先于吞咽有异物感，极易误诊为舌咽神经痛。但治疗的根本效果不佳又出现异物感时，应综合分析，仔细检查。另因该处肿物体积较小，不易被发现，故更加延误确诊。

3．教训　本病例中所患疾病(舌根部腺癌)与被误诊的疾病(舌咽神经痛)在该患者身上共有的特点：口咽部疼痛。

通常舌咽神经痛的特点：

(1)女多于男，左侧多于右侧。

(2)发病率较三叉神经痛明显为低，比例为1:85左右。

(3)虽也可表现为强烈刀割样阵发性疼痛，但其程度多数较轻。

(4)激痛区多位于舌根、扁桃体窝、软腭、会厌、下颌磨牙区、下颌角及耳道等部位。疼痛扩散也在上述区域。

(5)疼痛发作时间较短，多为数秒钟。

(6)疼痛由进食吞咽或讲话时诱发。

(7)疼痛发作时常在咽喉部、舌根部有梗塞感或异物感。

(8)也可于夜间睡眠时发作。

误诊原因分析：

(1)舌根部肿瘤临床上较舌体肿瘤少见，接诊医师在疾病范围的概念上存有不足。

(2)病人表现为舌根、咽部疼痛与异物感，并无明显的吞咽困难。故医师易根据症状与体征误诊为舌咽神经痛等神经性疾患。

(3)在以舌咽神经痛进行封闭治疗的过程中，因所应用的药物中含有麻醉剂、激

素等药物，使得注射后病人会有症状缓解的感觉。这又在一定程度上支持了误诊的诊断。从而使医生不能轻易从误诊的误区走出。

(4)舌根部位置隐蔽，加之病人反射敏感，不便检查。再有条件所限，则加大了误诊的可能性。

(5)该部位为口腔与耳鼻咽喉的分界区，易造成疏漏与延误诊断。

被误诊疾病的特点：

(1)位置深在，处于反射敏感部位。

(2)肿瘤生长快慢不一，常见生长较缓慢。

(3)临床症状有时隐匿，即使肿瘤已有相当体积，病人亦可无任何症状，显示出病人对肿物的临床适应性。有时可有疼痛与异物感。达到一定体积或生长加快时，可有进行性加重的异物感与吞咽阻挡感，甚至可发生呼吸道不畅的表现。

4. 小结　舌根部肿瘤应仔细检查，详细准确地采集病史。应与相关科室加强协作，尽早确诊。

在症状体征对诊断该肿瘤不充分的情况下，应综合各方面的材料，慎之又慎地下结论，特别是疼痛伴异物感，甚至吞咽有阻挡感时，应想到舌根肿瘤，而不能草率地作出神经性疾患的诊断。

在封闭治疗效果不佳时，应重新复习病史与进行物理检查及特殊检查。如触诊，相关科室会诊、间接喉镜，有条件可行CT等检查。

（樊功为　邓　婧）

下颌骨嗜伊红肉芽肿疼痛误诊为牙髓炎

【病史】　男，49岁。因左侧下颌发作性疼痛1月余。于1994年9月入院，患者近1月余常感颏部及下牙痛，影响工作。在当地诊断为牙髓炎、牙周炎，开髓治疗下颌中切牙无效。

【查体】　下颌颏部外观无异常，$\overline{1|1}$为死髓牙样色泽，叩(+)，松动Ⅰ°～Ⅱ°。

【辅助检查】　X线片示颏部$\overline{2|2}$骨质破坏，边界较清楚，规则。病变区骨质呈毛玻璃样改变。殆关系正常，血常规检查嗜酸性细胞分类计数及绝对计数均高于正常。

【初步诊断】　下颌骨肿物，性质待定；骨嗜伊红细胞肉芽肿？

【治疗】　局麻下口内切口显露病变区，见骨皮质薄弱，病变区界限清楚，无囊膜，内含肉芽样组织，无液体，$\overline{2|2}$根尖位呈病理性骨腔；拔除$\overline{2|2}$，彻底刮除骨腔内肉芽样组织(病人不同意行骨部分切除术)。

【术后病理诊断】　下颌骨(颏部)嗜伊红细胞肉芽肿。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　下颌颏部发作性疼痛，牙齿有松动征象极易考虑为牙齿疾患。

按牙体牙髓病与牙周病给予处理，$\overline{1|1}$开髓，换药本认为能缓解疼痛，治愈疾病，

但病人症状仍然存在。

在治疗效果不佳时，仍将诊治的思路停留在牙的疾病方面，而未能联想到颌骨等其它疾患，未能行 X 线检查及血液学方面的检查，以致误诊与误治。

2. 本病案的特点　牙齿疼痛与相应区域放射痛，及牙齿松动，是牙体牙髓病及牙周疾病的基本表现形式之一，也是首要的临床症状与体征，当然也是医生诊断该病的主要依据。一般该病在经过开髓换药等相应处理后，疼痛可望有所缓解。但该病人在治疗无效的情况下，医生也未做必要的鉴别诊断与进行相应的临床检查，使病情拖延。

3. 教训　本病例所患疾病（骨嗜伊红细胞肉芽肿）与被误诊为的疾病（牙髓炎、牙周炎）在患者身上共有的特点：疼痛、放射痛、牙齿松动。

通常牙髓炎的特点：

1)自发性、阵发性疼痛，可有放射痛。

2)疼痛夜间为重。

3)冷热刺激可使疼痛发作或加重。

4)牙齿多有原发疾病。

5)急性牙髓炎多在开髓减压后使疼痛得到缓解。

牙周炎的临床特点：

1)牙龈红肿出血，多有牙周结石。

2)牙周袋形成（>2mm）。

3)牙齿松动，程度不同，重者可致牙齿脱落。

4)牙周袋溢脓，也可形成牙周脓肿。

5)牙龈退缩，呈现牙周病的各病程中。

6)因牙齿松动，导致𬌗关系紊乱，严重影响咀嚼功能。

7)疼痛不是主要症状，若不合并牙体疾患多无剧烈疼痛。

误诊原因分析：

1)根据病人的症状、体征，虽未发现龋病，但仍按照常见病、多发病的思路诊为牙髓炎、牙周炎。在给予相应治疗后，病人症状未得到改善，此时医生并未想到其它疾病。

2)被误诊疾病的特点：①本病属于组织细胞增生症中多种类型中的一种，为局限于下颌骨内的病变，表现为良性。②病理表现为肉芽肿样结构，有丰富的纤维母细胞，密集成团的嗜酸性粒细胞。尚有多少不等的淋巴细胞、单核细胞、多核细胞。细胞形态正常，核分裂极少，可能有坏死反应。③类似炎症的临床表现；病程进展缓慢。④多见儿童及青年人，男性多见。⑤好发于下颌体，下颌角处，也可发生于双侧。⑥病变在颌骨中有局部疼痛、肿胀、牙槽骨吸收，牙周组织退缩，牙齿松动。⑦X 线表现为单房或多房的囊性阴影，边界清，无死骨，牙根可有吸收，牙槽骨吸收等征象。

4. 小结　根据病人的临床症状与特征，首先想到常见病多发病是自然的。但在治疗无效的情况下，应扩大思路，想到其它病，甚至少见病的可能。

颌骨疾患与疗效不佳的牙体、牙髓、牙周病应行 X 线检查。

（樊功为）

左腮腺癌放射痛误诊为非典型三叉神经痛

【病史】 男，58 岁，干部。因左面部阵发性放射痛 3 月并同侧面瘫 2 周入院。患者 3 个月前无诱因出现左侧面部阵发痛，并向同侧颞部及头部放射，每日发作十余次，每次 10～20 分钟，曾就诊于本市某院，诊断为“三叉神经痛”，给予局部理疗和针灸治疗。疗效不明显。2 周前患者突然出现左口角下坠，左眼闭合不全等症状，遂来我院就诊，患者既往身体健康，无特殊病史。

【查体】 全身系统检查未见异常，专科检查：颌面部左右对称，左面部皮肤较粗糙，面部肌肉松弛，眼睑闭合不全，鼓气时左口角漏气。左、右腮腺区未触及明显包块，左耳垂后压痛，左面部未查见疼痛“扳机点”。张口轻度受限，口内未见明显病灶。

【初步诊断】 ①左侧不典型三叉神经痛。②继发性面神经麻痹（针灸致）。

【治疗】 患者入院后，行腮腺造影及 CT 检查，均显示腮腺深叶有一边界不清之占位性病变，怀疑为腮腺恶性肿瘤，建议患者手术治疗。患者不同意，坚持认为自己患三叉神经痛，由针灸失误导致面瘫，随自动出院。其间患者跑遍本省各大医院，分别用过抗生素、激素治疗，扩张血管药物及大剂量维生素，中草药甚至气功治疗，均无效。局部症状渐加重，并出现持续性头痛、头晕、视物不清以及讲话不清等一系列症状。两月后患者再次入院，经 CT 检查发现已有颅内转移灶，失去手术时机。一月后患者死亡，尸检病理报告为腮腺腺癌。

【病理诊断】 腮腺深叶腺癌。

【分析】

1．误诊分析　腮腺区恶性肿瘤在口腔颌面外科临床上并不少见，导致误诊的主要原因有 3 点：①本例患者自始至终腮腺区均未出现明显包块，患者张口受限虽已提示颌后区占位病变的可能，但未得到接诊医生的注意。②患者先有疼痛史，经针灸治疗后出现面瘫，使患者固执地认为针灸引起的面瘫，由于其主诉的强调，将医生的思路也引入歧途。③既然病史及体征不具典型表现，则应考虑借助其他辅助诊断手段：如腮腺造影、B 超检查和 CT 检查等。接诊医生未予考虑，不能不说是一疏漏。

2．本病案特点　腮腺腺癌在临床上并非少见，除具有腮腺恶性肿瘤一般特点外，早期即可出现疼痛，常为就诊时的主诉症状，肿瘤生长较快，预后差。本病例在腮腺区未出现明显包块前，首先出现疼痛症状，并向同侧颞部放射痛，显示肿瘤已累及耳颞神经。此症状与三叉神经痛有相类似之处，因而导致接诊医生思路模糊。其实仔细推敲，两者仍有差异。三叉神经痛疼痛性质为刀割、电击样剧痛，持续时间一般不超过 1 分钟。肿瘤引起的疼痛多为钝痛，持续时间数十分钟甚至更久。三叉神经痛一般在睡眠与静止状态下可以减少或减轻疼痛的次数与强度，而肿瘤引起的疼痛则无此特点。另外三叉神经痛多可找到“扳机点”，肿瘤引起的疼痛则无明显“扳机点”。该患者后来出现的“面瘫”，解释为针灸所致，也似乎过于牵强。由于种种真假

病因的相互交叉、相互掩盖，导致了本病例的误诊，由于患者本身的偏执，致使一误再误，丧失了治疗时机，这是一个惨痛的教训。

3. 小结　作为专科医生来说，不应拘泥于现象，而应透过现象看本质，全面分析，追本溯源，才能得出正确的结论，为广大患者解除病痛。

（魏举才）

鼻咽癌疼痛误诊为牙源性病灶

【病史】 女，39岁。左侧耳颞区疼痛半年余，疼痛时轻时重，有时剧烈。可向半侧头部放射。近半月因感冒发热（体温37.8℃）、鼻塞、流涕，同时也伴有牙痛。经当地治疗流感，体温已正常，因耳颞区疼痛不愈转来我院。患者自述患神经衰弱10年以上。

【查体】 神经科检查未见定位诊断体征。脑电图、TCD、CT等检查未见颅内实质性病变。转口腔科检查。颌面部外观无异常，张口度正常，左侧面部皮肤感觉较对侧略显迟钝。$\frac{6\mid 6\,5}{\;\mid 4}$为残冠或残根，局部无明显炎症。双侧颌下可触及黄豆粒大、质软、活动的淋巴结。颈部未见异常。

【辅助检查】 X线牙片示上述患牙根端存有轻微骨质稀疏征象。瓦氏位片未见异常。

【初步诊断】 三叉神经痛？牙源性病灶？

【治疗】 对症处理，一是作非典型性三叉神经痛诊断性治疗。二是按病灶概念分次拔除患牙。观察半月后病人症状无明显改变。鼻腔分泌物中时有血丝存在。遂转耳鼻喉科继续检查。

【术后病理诊断】 鼻咽癌。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　一侧耳颞区及半侧头痛，神经衰弱，患者首先就诊神经科是无可非议的，当检查未发现神经系统实质性占位病变的情况下，转入五官科继续检查理当也是对的。

口腔科医生在经过查体及有关实验室检查（如X线等）之后，排除颌面部炎症，特别是牙源性炎性疾病的前提下，作出非典型性三叉神经痛或口腔病灶因素的考虑，也是自然的。更何况病人口腔内多残冠、残根存在。基于上述的拟诊，行相应的对策，作诊断性治疗是可行的。

所患头痛及耳颞区疼痛极易想到是由口内残冠、残根等可疑病灶引起的非典型三叉神经痛，尤其是神经衰弱的中年女性。虽然病人有鼻塞的症状，甚至鼻腔分泌物中有血丝存在，但近期的感冒病史又掩盖了疾病的实质。使临床医生有时难辨真伪。

导致头痛的原因很多。除神经内外科诸多疾病，五官科也有许多疾病可引起头痛。即所谓眼源性头痛、耳源性头痛、鼻源性头痛、牙源性头痛等。如屈光不正、青光眼、中耳炎、鼻窦炎、急性牙髓炎、尖周炎、冠周炎等。还有颌面部肿瘤的侵犯（累及相应神经）等都可依据病情引起轻重不同的头痛。故当某一科诊疗不奏效时，应开阔思

路，及时请有关科会诊。

临床同一症状往往是多科室所诊治疾病中共有的，而体征则相对是某种或几种疾病特有的。如急性冠周炎有其特有的体征，它可以引起头痛，但头痛的症状并非都是冠周炎所为。临床医生常对病人所述的主诉及病史资料与本科室的专业性相关的材料感兴趣，而与其它科室相关的内容不屑一顾，有时恰恰以此造成了误诊。因此临床医生应在症状学的范围内，不但熟悉本专业的知识，还应掌握相关科的疾病知识。只有这样才能思路开阔，有机联系、诊断及时，治疗正确。

2. 本病案的特点　耳颞区疼痛、头痛是非典型三叉神经痛所具有的症状。神经衰弱、夜间睡眠差都可引起上述症状，尤其是耳颞区不适。口腔病灶也是不能排除的因素。患者鼻腔所表现的症状如鼻塞、分泌物中带少许血丝，恰又被感冒所混淆。颜面感觉的轻微异常未引起医生的高度重视。

3. 教训　本病例中所患疾病(鼻咽癌)与被误诊为的疾病在该患者身上共有的特点，主要表现在耳颞区疼痛。

非典型三叉神经痛的特点：

1)实际上与非典型性面痛为同一名称，疼痛无明显的分区性，深浅不一，疼痛持续时间多较长。

2)可伴有面色潮红，鼻粘膜充血、水肿、鼻塞等症状。

3)做神经干的封闭(麻醉药品)疗效不能满意。

口腔病灶的特点：

1)为局限的具有致病微生物感染的组织。

2)可导致多种疾病，且症状复杂。

3)消除可疑病灶后，疗效满意。

误诊原因分析：

1)临床医师多按本专业范围诊疗疾病。但疾病的确诊有时确需几个科室的共同工作。经过一定的过程，方能做出正确的诊断。

2)被误诊疾病的特点(临床表现方面)：①涕血与鼻衄，损及肿物所致。②耳鸣、侵及咽鼓管时可具有该症状。③听力减退、机理同耳鸣。④鼻塞：肿物的机械性阻塞所造成的。⑤头痛：为疾病初期常见的症状。多发生在颞顶部，性质多为持续性。原因可以是神经血管性，神经受肿物的压迫。局部伴有炎性感染的刺激，颅底骨质的破坏等。

4. 小结　如前所述，临床医师应在症状与体征的有机结合下诊疗疾病。在排除本专业疾病的前提下，及时转人相应科室作进一步检查，以便尽早明确诊断。

(樊功为)

鼻咽癌误诊为三叉神经痛

【病史】 男，63 岁。右侧面部短暂的阵发性疼痛 1 年余，于 1988 年 11 月 22 日第二次入院。患者一年前开始右侧颜面部阵发性刺激痛，每天发作 2～3 次，多为一

过性，数秒钟可自行消失。未作特别治疗，2月后上述症状加重，常为右侧颜面部、额部、上下睑、上下唇呈放射性剧烈闪电样痛。每次发作均为突发性，短暂性，症状持续数秒钟至数十秒钟不等，每天发作次数增至10～15次，在当地多家医院均诊断为“三叉神经痛”。给予封闭治疗，疼痛缓解，但张口轻度受限。4月后疼痛又复发，口服卡马西平和苯妥英钠仅能维持1～3小时。入院后诊断为右三叉神经痛（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ支）。术前准备5天后，在全麻下行乙状窦后径路右侧三叉神经根减压术，手术顺利。术后原有三叉神经痛症状消失。住院壹月痊愈出院。出院后自觉症状良好。半个月后，早晨起床时出现声音嘶哑，发音困难，饮水易呛咳，右耳闭塞感。头颅CT检查未发现占位性病变。

【查体】 右耳前可触及明显扳机点。头颅正侧位X线片未见占位性病变，血沉10mm/h。经耳鼻喉专科检查：右鼓室少量积液，间接喉镜下见右侧声带麻痹，固定在外展状态，右咽侧壁粘膜肿胀，舌不能伸直，舌尖偏向右侧。鼻咽部检查右侧壁膨隆，耳咽管隆突处红肿，咽口边缘有黄豆大突起物，取该处突起物组织病理检查，结果为低分化鼻咽部鳞状细胞癌。

【初步诊断】 鼻咽部鳞状细胞癌。

【治疗】 行放射治疗。放疗后疼痛症状全部消失，随访2年症状无复发。

【术后病理诊断】 鼻咽部低分化鳞状细胞癌。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　右颜面部短暂的阵发性刺激不适，每天发作2～3次，数秒钟可自行消失，早期未行治疗。当突发性右侧颜面部、额部、上下睑及上下唇呈放射状剧烈疼痛时，临床多考虑为较典型的“右侧三叉神经痛”。行封闭治疗是常用的方法。但张口轻度受限却未引起医生的重视。

按三叉神经痛行封闭治疗4月后疼痛复发（一般情况下无水酒精封闭治疗后半年左右可复发），仍给卡马西平或苯妥英钠口服，维持治疗，这也是常规思路及常规治疗。

当口服药物效果不好，仅能维持2～3小时，又行有效的经颅内三叉神经根减压术，通常也是这样处理的，术后也取得一个半月的有效止痛效果，这就进一步掩盖了病情。

前述有效的治疗后，疼痛症状又重复并加重，并伴声嘶，发音困难，饮水呛咳，耳道闭塞感时，才想到让耳鼻咽喉科医师检查鼻咽部，但为时已晚，肿瘤已浸润扩散。

2. 本病案的特点　右侧颜面部出现颇似典型的三叉神经痛症状，应用常规保守治疗和“所谓”根治性颅内手术治疗。疼痛虽能暂时缓解，短时间内又可复发，而且始终未引起医生的警惕。当出现鼻咽部症状时，才作耳鼻喉检查，偶然发现鼻咽部肿物，活检才明确诊断，致使病情延误治疗一年之久。

3. 教训　本病例所患疾病（鼻咽癌）与被误为疾病（三叉神经痛）在该患者身上共有的临床特点：右颜面部阵发性剧痛，发作时短暂（每次数秒钟至数分钟），保守治疗及手术治疗均有短期止痛效果。

通常三叉神经痛的特点：

1)病因十分复杂,症状较典型、突出,以疼痛为主要表现。

2)保守治疗有效,手术治疗也有效。

3)各种有效的止痛方法均能有效止痛。但都不能根治。

误诊误治原因分析：

1)本病例因鼻咽癌引起三叉神经痛而误行三叉神经根颅内减压手术,既是一起误诊误治病例,又可为一起手术失误。按误诊疾病采用常规有效的治疗(保守治疗及手术治疗),仅能短暂止痛,未引起警惕,医生的思路始终停留在"三叉神经痛"这一种疾病上,没想到鼻咽癌患者亦常有三叉神经痛的症状。

2)由于专科检查不够详细,术前未作鼻咽部检查,以致误诊。对三叉神经痛患者应常规仔细检查鼻咽部,若疑有病灶,应及时取活组织检查,在排除占位性病变所致神经痛后方可选择手术治疗。

3)被误诊疾病鼻咽癌的特点:①病变部位深在且隐蔽。②早期不易发现,诊断有困难。③肿瘤侵犯、破坏周围组织可引起相应的症状,由于颅底侵犯或压迫颅神经引起第Ⅹ、Ⅻ等神经受累的症状,当肿瘤侵犯翼腭凹而产生张口受限。④鼻咽局部活检可明确诊断。

4)三叉神经痛的原因较复杂,除神经根有血管压迫及粘连外,还有多方面因素。本病例因医师未能认真地进行专科检查,对病因没有足够的认识,草率从事,以致鼻咽癌漏诊、误诊。结果轻易给患者作了三叉神经颅内减压术。虽有症状缓解,乃为假象,以致手术后一个半月症状复发。

5)虽经CT头颅检查,但未能作出准确报告,遗憾的是,最初的CT片已示有颅底骨质破坏,但报为正常。加之临床医师又未能亲眼认真读片,既造成诊断错误,继而又导致错误的治疗。不仅给患者增加了医源性的手术疼痛,更加重了病情快速发展,其教训尤深。

4. 小结　三叉神经痛的病因十分复杂。鼻咽癌患者常有三叉神经痛的症状。本病例曾因三叉神经痛而接受颅内手术治疗,最后明确为鼻咽癌所致,其教训是深刻的。

对三叉神经痛患者应常规仔细检查鼻咽部,若有可疑病灶应及时或反复多次取病理活检,以排除鼻咽癌引起的疼痛。

头颅CT亦应进行检查,一定要排除颅内占位性病变或颅底骨是否受侵犯。根据每位患者的病情紧紧结合局部解剖来解释该病的临床表现和治疗效果。当不能解释临床症状时,临床医生更应自己仔细读片,尽量避免错误的诊断或漏诊。本病案的教训是深刻的,应引起足够的重视。

(杨佑成　李爱云)

颞下凹淋巴肉瘤致头痛误诊为牙源性疾病

颞下凹位居面侧深区,位置较为深在。因其外面有下颌骨升支及其强大的咀嚼

肌存在，致使该处发生的疾病不易早期被检查与诊断。但临床上该部位的肿瘤较常见，常伴有三叉神经分布区的疼痛(主为第Ⅲ支)，张口受限及肿瘤体积较大时则面侧膨隆等症状。若症状体征典型又有 CT 或 MRI 等影像学检查证实，诊断并不困难，但若临床症状与体征不典型时，极易造成误诊。

【病史】 男，48 岁。右侧头面部疼痛 2 个月，其面部膨隆，颌后发现肿块半月于 1992 年 8 月入院。近 2 个月患者右侧头面部胀痛，有时牙痛，无发烧，不影响进食。为此在当地分别拔除牙齿及多次治疗三叉神经疾患，均无效。半月前出现面部(右)膨隆，颌后发现肿块，为确诊而入我院。

【查体】 本科检查见右侧面部膨隆，乙状切迹处较明显。颌后窝处可见肿块隆起，质韧，边界不清。面部皮色正常，张口度无任何异常。检查时病人表现疼痛明显。口内腮腺导管口无红肿，挤压腺体可见有清亮液体溢出。$\frac{2|}{5|}$可见永久性充填。$\frac{8|}{86|}$缺失(已拔除)。

【辅助检查】 X 线检查骨质无破坏，ECT 示右侧腮腺功能基本正常。CT 示肿瘤占居右侧颞下凹整个解剖区域。

【初步诊断】 右侧颞下凹肿瘤，性质待定。

【治疗】 全麻下切除肿瘤(肿瘤质软如蟹肉)。

【术后病理诊断】 右侧颞下凹淋巴肉瘤。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　一侧面颊部疼痛，作为口腔医生在排除软组织感染的基础上，自然多考虑为牙源性疾患所致，如牙髓炎、尖周炎、牙周炎等，尤其是口腔内存在龋病、牙周炎、牙齿松动、残冠或残根时，则容易从牙源性入手，查找疼痛的原因，本病例中所进行的拔除可疑患牙即是如此。

当对牙齿治疗效果不满意时，基层医生也多考虑是神经性痛，采取一系列相应的治疗是常见的措施。

在 CT 检查确认为肿瘤的情况下，因临床没有与肿瘤所在范围完全相符合的症状，如肿瘤累及整个颞下凹，但病人无张口受限的表现，局部尽管有外观膨隆，骨质却无明显破坏，因此对肿瘤的性质的认识造成了误导，认为肿瘤是属良性肿瘤。

2. 本病案特点　除仔细观察右侧颊部略显膨隆外，疼痛是主要的表现，因此以常见的牙源性疾病，三叉神经痛的诊断进行治疗，当发现无效时已造成严重误诊与误治。在确定是肿瘤后，又在良恶性鉴别要点方面，使肿瘤的一般性掩盖了其特殊性，主观上倾向于良性肿瘤，这极易造成对手术诸环节的准备不足。虽治疗原则均为手术治疗，术中进行快速病理确定为恶性后，进行了扩大切除，但术前的错误判断使手术过程处于被动。而且对术后的处理及预后也有不利的影响。

3. 教训　本病例所患疾病在该患者身上的特点：疼痛部位略呈膨隆，尤其是牙源性感染所致，出现肿胀、疼痛又是常见的症状与体征。

牙源性感染的特点，亦已有多处叙述，在此不再赘述。

三叉神经痛的表现特点，包括非典型性疼痛，也有列举，在此亦不再赘述。

误诊原因分析：

1)本病例虽系恶性肿瘤，但由于位置深在，瘤体表现不明显，普通X线又不能显示软组织影像，在骨质无破坏的情况下，多不考虑肿瘤，尤其是恶性肿瘤。临床上多以常见病多发病作诊断。

2)被误诊疾病的特点(淋巴肉瘤)：①本病系全身性疾病，发生于淋巴结与淋巴组织。②以颈部、颌下淋巴结为多发。③早期多表现为无痛性肿块，易误诊为淋巴结炎，晚期可伴有发热等全身衰竭的表现。④确诊依靠病理检查。

4．小结　本病例不是以所能观察和触及的淋巴结肿大为主要表现，仅是出现面颊部疼痛，易造成误诊，临床医生必须考虑到与常见病不符合时应想到罕见病的可能。检查病人时，应行必要的特殊检查，如CT、MRI等。既能反映硬组织，又能反映软组织的真实情况，本病例术前的诊断(肿瘤的诊断)主要依靠CT，而最后的确诊则是病理。

颞下凹肿瘤多伴张口受限，其原因一是肿瘤对下颌骨升支部的机械阻碍作用；二是肿瘤生长对咀嚼肌的侵犯。本病例CT及术中均证实肿瘤充满颞下凹，但病人张口无任何受限，术中见肿物似蟹肉样结构，质地十分柔软，无任何机械性阻挡的作用，对咀嚼肌也影响甚小，这反映了疾病的复杂性，临床医生必须加以注意和重视临床资料和能力的积累。

(吴钦贞　樊功为)

第四节　颞下颌关节疾病疼痛的误诊

翼外肌痉挛误诊为$\overline{8|}$智齿冠周炎

【病史】　男，24岁。右侧面颊部疼痛，张口受限2月。患者于2月前右侧面颊部时常疼痛，张闭口动作时加重，伴有张口受限，无发热。1月前下颌第三磨牙冠周炎病史。近1月来服抗生素、龈盲袋冲洗、置药、龈瓣切除等处理，疗效欠佳，遂来院就诊。

【查体】　颌面部外形无异常，张口中度受限，颏略偏右、$\overline{8|}$阻生，检查该牙时面颊疼痛加重，右侧颧弓下压痛，未闻及关节弹响。右侧翼外肌用1%普鲁卡因封闭后，开口度及开口型均正常，疼痛消失。经关节区理疗红外线加钙离子导入15天痊愈，观察3个月未再复发。

【辅助检查】　X线薛氏位显示关节区未见异常，只有开口位时髁状突前移幅度较小。

【初步诊断】

1．下颌第3磨牙冠周炎。

2．TMJDS。

3．颞下窝肿物待排除。

【确切诊断】 TMJDS,翼外肌痉挛。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　患侧疼痛,开口受限,且发现有冠周炎表现,检查见8┐阻生,临床上易作冠周炎的诊断,同时配以抗生素及冠周手术等治疗。

X线摄片示骨质无异常发现,当然多不考虑骨组织疾病,包括颞下颌关节。

固有疼痛,张口受限的症状,颞下窝肿物的诊断也不能排除。

2. 本病案的特点　8┐阻生,既有冠周炎病史,伴有张口受限,患侧面部疼痛,且张口时疼痛加重,检查者未仔细检查8┐冠周的表现,仅凭有长期反复发作的急性冠周炎病史即轻率地作出了诊断。

3. 教训　本病例所患疾病(翼外肌痉挛)与被误诊的疾病(智齿冠周炎、颞下窝肿瘤)在该患者身上共有的特点,8┐阻生,面部疼痛,张口受限,后者为上述3者所共有。

8┐冠周炎的特点:

1)须有8┐的阻生,盲袋形成,机体抵抗力降低,感染才导致冠周炎发作。

2)如患牙不除,感染可反复发作,易引起诸多并发症。

3)早期仅表现为局部不适,开口受限不明显,病程发展局部化脓表现出剧烈的疼痛,性质为跳痛,可涉及同侧面部、耳颞区甚至颞顶部,此时张口受限和口臭明显,感染严重者可表现为一系列的全身中毒症状,如发热、食欲不振、白细胞升高。

4)应用抗生素抗炎治疗有效。

颞下窝肿瘤的特点:

1)病史相对较长,表现为症状进行性加重。

2)疼痛区在三叉神经第3支分布区,程度多不剧烈,性质为钝痛,持续性。

3)因肿瘤的机械性阻挡或对咀嚼肌的侵犯常发生张口受限,为进行性病程,不能自行缓解。

4)可出现下唇麻木。

5)肿瘤增大时,患侧面部或口腔内上颌后磨牙后区可见肿瘤性膨隆。

6)恶性肿瘤可侵及邻近组织,出现相应的症状。

7)最终诊断依靠病理。

误诊原因分析:

1)就疾病的类别、性质、机理以及诊断与治疗而言,本病案的疾病与误诊为的疾病都是截然不同的,尽管在症状上存在某些共同之处。它们分别属于三大类别:即炎性疾病,肿瘤性疾病与单纯功能紊乱性疾病。应从貌似相同的症状与体征中深入分析,作出本质上的鉴别,得出正确的诊断。

2)被误诊疾病(翼外肌痉挛)特点:①病史多较短,也可有反复发作史。②主要表现为疼痛与张口受限,其机理即由翼外肌痉挛所致,翼外肌局麻封闭及氯乙烷喷雾即刻症状消失。③疼痛多为钝痛,位置较深在,无自发性疼,张闭口动作可使疼痛加重。④乙状切迹相应的部位可有压痛,甚至似扳机点。⑤开口型偏向患侧,因翼外肌痉挛使患侧髁状突动度减小所致。⑥因开口度小,关节内部的结构也未破坏,故张闭口时

可不发生弹响。⑦局部解痉、理疗等治疗效果良好。⑧因本病只限于软组织，故 X 线检查仅示髁状突动度减小(尤以患侧为甚)外，骨组织可完全正常。若合并其它类型的关节疾病，可有相应的表现与体征。

4．小结　本病应与引起区域性疼痛及开闭口受限的诸多疾病相鉴别。就该病而言，也常常表现为一组综合征，临床上应加以分析鉴别。

(樊功为　邓　婧)

关节盘后区损伤误诊为炎症

【病史】 男，34 岁。主诉左侧耳前区疼痛 5 天。该患者每张闭口时疼痛加重，影响进食，无发烧，半月前曾因残根致急性炎症拔除同侧 2 颗磨牙，10 天前曾因腮腺区淋巴结炎而就诊。此次发病，左侧腮腺区仍可触及淋巴结，当地五官科医生又以腮腺区淋巴结炎给予静脉点滴抗生素 4 天，治疗无效，遂来我院就诊。

【查体】 双侧面部对称，外形无异常，左侧耳前区皮肤无红肿，耳屏前压痛，乙状切迹处可触及一绿豆粒大淋巴结，活动，触痛不明显。张口度基本正常，开口型略偏向患侧，未闻及弹响。$\overline{|67}$缺失，牙窝未平愈。外耳道无疖肿，无脓性分泌物。

【辅助检查】 X 线片(薛氏位及颌骨曲面体层片)示骨质无破坏、增生，血常规正常。既往无关节内紊乱症。

【初步诊断】 TMJDS，关节后区损伤。

【治疗】 局部地塞米松 2mg 封闭，配合超短波理疗，症状消除。

【分析】

1．原误诊医生常规思路原因　耳前疼痛，腮腺区扪及肿大淋巴结，既往又有该处炎症病史，故多易考虑为腮腺区淋巴结炎，治疗原则以抗炎为主。

因消炎治疗无效，经进一步检查方得以确诊。

2．本病案的特点　因既往无关节病史，近期拔除 2 颗磨牙，耳前区疼痛，腮腺区扪及淋巴结，既往该处有炎症病史，故首先想到炎症病变。但炎症的基本临床表现为红、肿、热、痛、功能障碍或合并全身症状，如体温升高、白细胞升高等。该病例的症状与体征，诊断炎性疾病显然是证据不充分，当然消炎治疗也就无效。

3．教训　本病例中所患疾病(颞下颌关节后区损伤)与被误诊为的疾病(腮腺区淋巴结炎)在该患者身上共有的特点为耳前(即大部腮腺区)区的疼痛，张闭口时可有加重。

通常腮腺区淋巴结炎的特点：①腮腺区扪及肿大淋巴结，触痛，多有如毛囊炎等致炎原因。②可能伴有发热等全身症状，依据病情及病人的反应，程度可表现不同。③若病变距皮肤较近，则可能出现局部红、肿等征象。④血象可具有炎症的相应表现。⑤消炎治疗应有效。

误诊原因分析：

(1)首诊医生简单地把疼痛归结为炎症性疾病。腮腺区扪及淋巴结，错误地联系既往的炎症病史作为其诊断依据，认为自己的诊断是成立的。该医生对局部的解剖

知识存在不足,对颞下颌关节病的概念比较模糊,对牙齿的功能通过关节运动来体现更缺乏理解。

(2)被误诊疾病(关节后区损伤)的特点:

1)该病为多种因素造成的关节盘后区损伤。本例†67长期不能咀嚼,已造成关节潜在性损害,半月前牙拔除术时开口及手术创伤对关节也是损伤,拔牙后单侧咀嚼又加重了损伤。

2)检查可见患侧后牙缺失或功能障碍,颌间垂直距离缩短等。

3)髁状突后方疼痛,可有明显压痛。

4)皮肤无红、肿等炎症表现。

5)局部封闭与理疗均效果满意。

4. 小结　医生应根据病史及检查所得,再结合局部与系统解剖、生理、病理及相关专业知识等加以分析,得出正确的诊断。

(樊功为)

第五节　其它疼痛的误诊

不典型面痛误诊为三叉神经痛

【病史】 男,28岁。双侧面部疼痛不适2年余。无明显原因发作,伴有面部发热,无规律性,有时牵扯颈肩部疼痛,伴有面蚁行感,影响情绪和生活。在当地以三叉神经痛、神经官能症等先后长期服药、封闭,几经治疗无效。无外伤及手术史,平素常在外地,工作繁忙。

【查体】 颜面部外观正常,对称,面部皮肤略显粗糙,感觉及开闭口面部表情等运动正常。自述疼痛范围在面颊部,腮腺嚼肌区未见肿块,口腔内检查牙及多器官未见异常,殆关系正常。

【辅助检查】 颌骨曲面体层片及瓦氏位片正常。

【初步诊断】 非典型性面痛。

【治疗】 停用各种药,禁止对镜自查、合理生活、心理疏导,细心解释,半年明显好转,一年后痊愈。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　病人无外伤、手术史,无炎性疾病表现,牙齿等检查均正常,仅表现在面部的自觉疼痛多诊断为三叉神经痛,尽管症状与体征不尽支持,但临床医生仍首先考虑。

2. 本病案的特点　面部疼痛是三叉神经痛的主要症状,在排除其它能引起疼痛疾病的前提下,临床一般多考虑三叉神经痛的可能性较大,尤其是非专业医生更为难免。因症状不典型,疼痛性质不一,位置不定,程度各异,加上伴有皮肤蚁行感,故在治疗不理想时也自然作出神经官能症的诊断。

3. 教训　本病例所患疾病(非典型性面痛)与被误诊为的疾病在该患者身上共有的特点:

1)三叉神经分布区疼痛。

2)面部皮肤较粗糙。

3)排除外伤、炎性等能致疼痛的疾病。

通常三叉神经痛的特点:

1)有原发性与继发性之分。

2)疼痛位置均在三叉神经分布区内,但两侧原发性三叉神经痛同时疼痛尚没有报道。

3)疼痛具有突然发作,突然缓解的特点。

4)疼痛时间短暂,有时也可持续较长。

5)疼痛性质为闪电样,刀割样剧痛。

6)面部皮肤常表现粗糙。

7)病人精神高度紧张、恐惧,甚至有轻生念头。

8)卡马西平等药物治疗有效。也可用中药、封闭、热凝、手术等方法治疗,均有一定疗效。

9)有扳机点,但无明显阳性体征。

神经官能症的特点:

1)无器质性病变可查。

2)症状多样化,与体征不一致。

3)有明显的精神因素存在。

4)暗示疗法有一定的效果。

误诊原因分析:

1)专业知识欠缺。

2)病史采集与体格检查不仔细。

3)未行全面的鉴别诊断。

4)被误诊疾病的特点:①本病称非典型性面痛又称非典型性三叉神经痛。②多发于年轻人,心情紧张,心理压力较大。③疼痛范围广泛,常超出三叉神经分布区,不易定位。④常双侧发病,疼痛时间较长,夜间也可发生。⑤发作时常伴面色潮红、发热等症状。⑥常规治疗三叉神经痛的方法疗效欠佳。

4. 小结　引起面痛的疾病较多,如常见的三叉神经痛,口腔颌面部炎性疾患,颅内及颌面部肿瘤侵犯与压迫,血管、神经性、外伤及手术后的愈合期,舌咽部疼痛,蝶腭神经痛,非典型三叉神经痛,精神癔病性官能症,眼、耳、鼻等其它器官的疾病。临床医生应掌握专业知识,经过必要的鉴别诊断,得出正确的诊断。

各科疾病引起的面痛表现可有千差万别,但有器质性、功能性、感受性之分,该例病人应按 WHO 第 10 版疾病谱分类,属“躯体形式障碍”之一。

(樊功为)

带状疱疹疼痛误诊为复发性口疮

【病史】 女,58岁。右侧面部疱疹、口腔粘膜溃烂5天于1997年2月23日入院。患者7天前右侧上颌牙齿疼痛不适。在当地以牙周炎给予1%碘甘油外用,口服灭滴灵、牙周宁,口含克菌定等治疗,效果欠佳。2天后口腔右侧软硬腭交界处及磨牙区牙龈出现溃疡,继之该侧上唇及面颊部出现成团水泡,疼痛明显,又在当地以复发性口疮治疗仍无效而来我院就诊。

【查体】 急性病容,右侧面部耳屏前、上唇及颊部均可见呈簇分布的小水泡,半透明,如绿豆粒大,耳后也可见同样水泡。张口度正常,右侧上颌磨牙区颊侧牙龈、软硬腭交界处,以硬腭为主可见片状粘膜糜烂,不超过中线,触之疼痛,体温37.8℃,右侧磨牙未见牙周炎体征。

【初步诊断】 颜面部带状疱疹(右三叉神经Ⅱ、Ⅲ)。

【治疗】 给予转移因子,阿夕罗韦,预防感染,止痛等处理,10天痊愈,观察半年未再复发。

【分析】

1.误诊误治的思路原因　右侧上颌牙齿不适,检查未见龋坏,可能仅凭牙齿轻微松动,即诊为牙周炎而给予相应的治疗,结果无效。

当口腔粘膜出现成片状溃疡后,又简单地诊断为复发性口疮,经相应处理仍无效。

2.本病案的特点　该病临床上以丛集成簇的疱疹或片状糜烂出现在皮肤与粘膜上,在典型表现未明显出现前,可有牙及其它部位的不适。本病案先以右上颌牙齿不适就诊,错误地诊断为牙周炎,当口腔粘膜出现糜烂时,又误诊为复发性口疮,当然治疗无效导致疾病得以发展。

3.教训　本病例中所患疾病(带状疱疹)与被误诊为的疾病(牙周炎、复发性口疮)在患者身上共有的表现:牙疼痛不适,口腔粘膜溃疡疼痛等。

牙周炎的特点:

1)口腔卫生差,牙结石存在,尤其是龈下结石。

2)牙周袋形成,牙龈可表现为炎性征象。

3)牙齿松动,多较明显。

4)牙周溢脓。

5)X线片示牙槽骨可水平或垂直吸收。

6)可有口臭。

7)急性期表现疼痛,程度不一。

8)可伴有发烧或白细胞升高。

复发性口疮的特点:

1)具有明显的复发性、规律性或周期性。

2)任何年龄组均可发病,但以青壮年为多见。

3)女性多于男性。

4)好发于唇、颊、舌、口底等部位。

5)可单发或多发。

6)呈现圆形或椭圆形的粘膜溃疡。

7)溃疡期表面被以黄白色纤维素性渗出物。

8)伴有疼痛、口水分泌增多。

9)因病损浅在,愈后一般不留瘢痕。

误诊原因分析:

将疾病的前驱症状作为定性诊断,粘膜出现病损后又主要考虑为常见病,继之皮肤出现水疱,亦仍未引起注意未作出正确的诊断。当然也不能完全排除接诊医生对带状疱疹疾病的认识不足,造成了误诊。

1)一侧的皮肤粘膜成簇疱疹或溃疡,应想到该病。

2)牙周炎的诊断明显证据不足。

3)被误诊疾病的特点(带状疱疹):①该病是由水痘带状疱疹病毒引起的皮肤粘膜损害。②疱疹丛集成簇,若干簇沿一侧的感觉神经呈带状排列。③颜面部常见三叉神经分布区。④春秋季多见,成人发病,愈后不再复发。⑤可伴有发热、疼痛(轻度)、不适等前驱症状。⑥皮肤、粘膜出现斑疹,继之形成成簇的小水疱。簇团之间可有正常的界限。⑦水疱可成为脓疱,也可以出血呈黑色或出现干燥、结痂、破裂等。⑧发生在感觉神经者有剧烈的疼痛。也可侵及面神经或听神经等。⑨粘膜上多呈现为成片状的溃疡面。

4)该病为皮肤粘膜的疾病,临床上应与皮肤上的其它疱疹样疾患或粘膜的溃疡糜烂样病损相鉴别。根据成簇的疱疹,片状溃疡,沿一侧神经走向呈带状排列,伴有明显剧烈的疼痛。愈后一般不再复发等特点诊断应不困难。

4. 小结　有些疾病的前驱症状是多样的,不应武断作出诊断。

位于一侧的口腔粘膜损害,特别是皮肤上又出现了典型的水疱,又伴有疼痛,应诊断该病。以便及时有效的治疗。

(邓　婧　樊功为)

冠心病牙痛的误诊

【病史】 男,47岁。左侧后牙疼痛2小时。疼痛为自发性,呈阵发性加剧,多为钝痛,口服止痛片及牛黄解毒片无效,急就诊口腔科。既往有牙痛史,位居右侧,已做治疗。

【查体】 左侧上下颌牙未见龋坏,无松动,磨牙有钝性叩痛,局部无肿胀,┌8近中斜位阻生,局部未见冠周炎征,张口度正常。拟诊为①牙隐裂,②上颌窦炎。在准备给病人作进一步检查时,病人突然疼痛加重,面色苍白,面部冷汗,表情痛苦。急查心电图显示多导联S-T段降低,T波倒置,内科急会诊意见为冠状动脉供血不足,心绞痛发作,立即给予硝酸甘油含片,吸氧等相应抢救措施,病人症状缓解,牙痛消失。

1. 误诊误治的思路原因　一侧牙痛首先考虑到牙齿的疾患，病人既往有牙痛史及牙病治疗史，更是如此。

检查牙齿未查到疼痛的明显原因时，考虑到牙齿的隐裂，可能由此引起的牙髓的感染。

鉴于牙齿无阳性发现，也较自然想到牙齿以外的局部疾病，如上颌窦炎。

2. 本病案特点　由牙齿疾患所引起牙痛是口腔科的常见病多发病，因果关系较肯定，如牙体牙髓的疾病牙周、冠周的疾病等。也可为神经疾患或外伤性或反射性所导致。但本病案的临床表现在两方面超出常规，即心绞痛发作的常规与牙齿疾病疼痛的常规，给临床诊断造成了困难，倘若不是发作加剧，伴有一般牙病所难以遇见或难以解释的症状、体征时，如面色苍白，出冷汗等，对本病的误诊则将是在所难免的。

3. 教训　本病例中所患疾病（心绞痛）与被误诊为的疾病在该患者身上共有的特点：牙痛。

通常牙隐裂的特点：

1)牙齿表面有细微不易发现的微裂纹。

2)浅者可无症状或表现为牙齿敏感症的症状。

3)累及牙髓时可呈现牙髓病的症状。

4)也可以引起根尖周炎。

5)在裂纹加大或长期咬合外力的作用下，可发生牙裂。

上颌窦炎的症状：

1)上颌窦区胀痛。

2)伴有头痛。

3)可伴有发烧及脓性鼻腔分泌物。

4)局部磨牙可有疼痛或叩痛。

5)X线片瓦氏位可示上颌窦密度增高。

6)穿刺上颌窦腔可有脓性分泌物。

7)抗炎治疗或上颌窦冲洗有效，也可以行根治术。

误诊原因分析：主要为疾病的多样性表现，极不典型甚至异常的表现是造成本病误诊的原因。

被误诊疾病的特点：

1)多在劳累后骤然发病，也可在情绪激动，跑步或寒冷后发作。

2)表现为胸骨后疼痛，也可累及心前区。

3)疼痛可向左肩、上肢、前臂内侧及手掌尺侧，甚至向颈部上腹部放射。

4)常伴有胸闷或窒息感。

5)多持续时间较短，如3～5分钟，也可有超过10分钟者。

6)严重者可在休息或夜间发作，持续时间较长，疼痛也较剧烈。

7)口含硝酸甘油症状在几分钟内缓解。

8)发作时伴有痛苦面容，面色苍白，出冷汗。

9)心电图上反映左心室波形多导联 S-T 压低及 T 波低平或倒置。

4. 小结　临床上对牙痛的患者,尤其是骤然发作者检查排除牙齿疾患及局部炎症和神经疾患情况下,应想到本病的可能,特别当病人表现为面色苍白,面溢冷汗等体征时,应立即作相应的应急处理,检查心电图,请内科医师作进一步处理,以免造成误诊,危害病人。

(樊功为　吴钦贞)

舌神经鞘瘤疼痛误诊为舌叶状乳头炎

舌疼痛临床上也较常见,特别在中老年人女性患者多于男性,可因舌神经痛、口腔粘膜病、叶状乳头炎、肿瘤等引起。

【病史】 女,49 岁。右侧舌疼痛半年余,疼痛无规律性,进食时有影响,无发烧,曾诊为叶状乳头炎,舌神经痛等。经封闭及口服药物治疗无效(药物有牛黄解毒片、维生素类、克菌定等)。

【查体】 张闭口正常,舌及口腔粘膜无创伤及溃疡,伸舌居中,两侧叶状乳头较明显,无触痛,舌无裂纹,触诊于右侧舌体后份处可及一黄豆粒大的肿物,质韧,触痛,颌下、颈部无肿大淋巴结。

【初步诊断】 舌体肿物性质待定(神经鞘瘤? 纤维瘤?)。

【治疗】 局麻下切除舌体肿物,术后伤口Ⅰ期愈合。

【术后病理诊断】 舌神经鞘瘤。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　舌痛,疼痛不典型,未见口腔溃疡及其它粘膜病,患者处于或接近于更年期,罹患叶状乳头炎较多。

以叶状乳头炎经服药治疗无效后,考虑舌神经痛采用局部封闭疗法。

2. 本病案特点　本病以舌痛就诊,上述两项误诊为的疾病并不无道理,但医生病史采集与体格检查不够,致使重要阳性体征遗漏,导致诊疗进入误区。

3. 教训　本病例所患疾病与被误诊为的疾病在该患者身上共有的特点:舌痛,无粘膜溃疡,创伤未发现。

通常舌叶状乳头炎的特点:

1)疼痛特点多为烧灼痛或钝痛。

2)叶状乳头处可充血、水肿,色泽可呈绛红色。

3)触压局部可感疼痛。

4)无粘膜溃疡与肿块存在。

5)多见于更年期女性及老年人。

被误诊疾病的特点:

1)舌神经鞘瘤在头颈部范围中为好发部位之一。

2)可发生于舌体或舌根,体积大小不一,但大多体积不大。

3)多呈良性表现,如生长缓慢,包膜完整等。

4)多来源于舌下神经,亦可为舌神经,来自感觉神经者常有压痛,亦可有放射痛。

5)肿瘤体积相对大时可发生粘液性变,穿刺可抽出血性液体,但不发生凝固,以其可鉴别血肿或血管瘤样病变。

6)手术切除预后良好。

误诊原因分析:

1)舌部肿物尤其发生在舌根部者,因检查不便,如视野、病人恶心等,易被检查者所忽视。

2)临床医生缺乏口腔颌面外科知识也是造成误诊的因素之一。

3)病人因反复地伸舌对镜自检所发现的叶状乳头部位的表现,又以其认为异常作为主诉或病史的主要叙述点,对临床医生产生了误导现象。

4.小结 临床医生不但应详细询问采集病史,还要认真、详尽的查体,特别是深在、隐蔽与难检部位更是如此。必要时再配合实验室检查,以便能尽快、准确作出诊断。

(樊功为)

茎突综合征误诊为舌咽神经痛

【病史】 男,28岁。因右侧咽部、舌根及下颌区痛2年于1987年3月28日入院。患者近2年来无明显诱因出现右侧咽部、舌根及下颌区痛,阵发性加重,有时伴右侧头面部及颈侧痛;每次持续约数分钟至数十分钟,疼痛为钝痛;程度多中等,有时较重。痛重时伴有咳嗽。平时有咽异物感。吞咽、低头及转颈时可诱发疼痛。在当地医院诊断为舌咽神经痛,于右侧下颌角及乳突连线中点处封闭治疗及长期口服卡马西平等药物无效。

【查体】 扁桃体无充血及肿大,咽部、外耳道未发现"扳机点",无龋齿及埋伏阻生齿,颞颌关节无异常。触诊发现右侧扁桃体上极近舌腭弓处有一坚硬的条索状物,触之可使咽痛加重。

【辅助检查】 摄茎突X线片示,右侧茎突长约4.5cm。

【治疗】 局麻下行右侧经口咽扁桃体窝茎突部分切除术,术中切除茎突约1.5cm。术后症状消失,随访3年无复发。

【术后诊断】 茎突综合征。

【分析】

1.误诊误治的思路原因 本例表现为一侧咽部、舌根部及下颌区阵发性痛,并向头面部及颈侧放射,症状与舌咽神经痛十分相似,而舌咽神经痛较茎突综合征常见,故按舌咽神经痛治疗本例属常规思路。

患者就诊于口腔科,虽对口腔颌面部详细检查,却始终忽视了对扁桃体窝的触诊,也未请有关科室会诊,此为误诊的原因之一。

一般药物对舌咽神经痛的治疗常常效果欠佳,且难以根除,故本例临床处理中多种方法均未收良效时仍长期服用卡马西平,未深入分析本例的临床特点是否与舌咽

神经痛完全相符。

2. 本病案特点　本例以一侧咽部、舌根及下颌区痛为主要症状，口腔、口咽部及颌面部查体未见明显异常，临床表现酷似舌咽神经痛。但本例疼痛持续时间相对较长，疼痛属钝痛，不甚剧烈，未发现扳机点等表现均与舌咽神经痛不完全相符。扁桃体窝触诊可触及突起，X线片示茎突明显过长，术后症状消失，这些特点表明本例实属典型的茎突综合征。

3. 教训　本例中所患疾病(茎突综合征)与被误诊为的疾病(舌咽神经痛)在该患者身上的共有的特点：咽部、舌根及下颌区疼痛。

通常舌咽神经痛的特点：疼痛部位为咽后壁，舌根。疼痛由吞咽动作诱发。

误诊原因分析：

1)茎突综合征相对较少见，对本病缺乏认识，是误诊的重要原因。

2)未能深入、细致地推敲病史。本例许多临床表现，如疼痛的性质、程度、持续时间等均与舌咽神经痛不完全相符。本例疼痛的特点是钝痛、程度多不重、持续时间较长、无扳机点、低头及转头加重等。

3)当治疗效果不好时未行全面查体，未进行咽部触诊、摄X线片等，仅盲目地进行药物治疗。

4)被误诊为疾病(茎突综合征)的特点：①一侧咽痛、咽异物感、舌根痛，可伴有同侧下颌区、颈、耳痛及一侧头痛。咽痛可于吞咽、讲话、头位变动时诱发或加剧。咽痛多不十分剧烈。②有时伴有咳嗽、流涎、耳鸣等症状。③咽部及颈部视诊无明显异常改变，很难解释病人的痛苦。④触诊可于扁桃体区扪到坚硬的条索状或刺状突起。在转头或伸屈颈部时更加明显。触诊可使疼痛加重，患者可诉此即不适之处。⑤茎突X线摄片可显示茎突情况并可进行两侧比较，凡茎突长于2.5cm者为异常，尚需注意其方位是否异常。⑥手术切除茎突后症状消失或明显减轻。

4. 小结　在导致一侧咽部不适、异物感、疼痛或伴有耳痛、头痛等症状的疾病中，茎突综合征并不十分少见。故遇到此类患者应考虑到该病。

茎突综合征的疼痛性质与舌咽神经痛不完全相同，后者的特点是间歇性、发作性的短暂的重度刺痛，吃冷饮、热水或吞咽动作易于诱发，可有"扳机点"。

茎突综合征患者咽部扁桃体窝触诊时可发现骨性突起，触摸可使症状重现，对一侧咽痛的病人此项检查应列为常规。

茎突起自颞骨下面、茎乳孔的前内方，平均长度约2.5cm，茎突过长可刺激颈深部组织、神经或血管产生相应症状。症状的产生不仅取决于长度，而且也与方向有关。茎突X线片有助于确定茎突的长度、角度等情况，有助于诊断和鉴别诊断。

(孙　彦　贾慕云)

翼钩综合征误诊为慢性咽炎

【病史】　女，54岁。因右侧硬腭后份隐痛不适2年，于1994年6月7日来我科就诊。2年前自感右侧硬腭后区隐痛不适并伴发头痛，颈部不适，吞咽梗阻感，即在

当地医院多次诊治，也曾为此作过食管钡餐，无异常。还病理检查，以“慢性咽炎”行中西医药物治疗，但症状始终无明显好转。既往有高血压病史。

【查体】 颌面部对称，张口度正常，颈软无强直。口内右上腭翼钩骨隆突较左侧明显，表面粘膜充血，触压痛，咽腔微充血，扁桃体不大，右上下牙无龋齿及残根，牙周无红肿。

【初步诊断】 翼钩综合征。

【治疗】 局麻下行右侧翼钩凿断术，翼钩长约4cm。术后局部及全身症状消失。分别于术后3个月、半年、一年复诊，未见复发。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　右侧硬腭后份隐痛不适，吞咽梗阻感伴颈部不适，早期多被对症治疗是正确的。

当吞咽有梗阻感，行食管钡餐，以排除食管肿瘤之可能，通常情况下也是这种思路。

此后又病理检查为慢性咽炎，在排除食管器质性病变后行中西药物治疗，也是临床医生的治疗程序。

2. 本病案的特点　右硬腭后份及咽部隐痛不适，是慢性咽炎的常见症状。如伴咽梗阻感时，及时作食管钡餐，以排除食管肿瘤，是首要的检查手段。在作常规检查之后，据其临床表现，以慢性咽炎，予以中西医药治疗，似乎是合情合理的，但由于误诊，其治疗效果肯定是无效的。

3. 教训　本病例所患疾病(翼钩综合征)与被误诊为的疾病(慢性咽炎)在该患者身上共有的临床症状：咽部不适、隐痛，并伴有颈部不适或者头痛。

通常情况下，慢性咽炎的特点：

1)咽部充血、不适，可伴有咽部异物感。

2)局部用药或口服药物治疗，一般均有不同程度的症状得以改善。

误诊原因分析：

1)慢性咽炎常规中西药物治疗，症状无明显好转，应想到其它疾病的可能，不可长期用药观察。

2)翼钩综合征的诊断依据：①翼钩区触诊敏感或疼痛。②作翼钩区局部压痛处粘膜下封闭后，临床症状消失或明显改善。③临床或X线检查翼钩区可见翼钩过长或形态异常。

3)翼钩综合征要与慢性咽炎、局部肿瘤、颞下颌关节疾病、牙髓炎、智齿冠周炎、吞咽神经痛、颈椎增生、植物神经功能失调等疾病鉴别，以减少误诊或漏诊。

4. 小结　对首诊疾病应用常规治疗无效时，医生必须扩大思路，不仅想到常见病、多发病，亦要想到其较隐蔽疾病的特殊性。

对翼钩综合征疾病的误诊或漏诊，可能与本综合征文献报道不多，教科书和有关临床综合征的书籍未见记载有关，况且其症状缺乏特异性。

翼钩综合征发病部位在口腔后份近咽腔处，兼有口腔和咽腔的症状，容易造成误

诊或漏诊。特别应注意本综合征常合并慢性咽炎,本综合征的临床表现与慢性咽炎类似,如果按慢性咽炎治疗无效时,应考虑翼钩综合征。

（杨佑成　贾暮云）

急性粟粒性肺及咽部结核,咽痛误诊为咽念珠菌病

近年来结核病有增加的趋势,日益引起关注。但由于非专科医生对结核病缺乏足够的认识,加之结核病临床表现复杂多样,故常有误诊。

【病史】 男,26岁。因发热16天,咽痛4天,于1996年9月27日就诊。患者16天前受凉后发热,体温38℃～40℃,伴咳嗽、咯痰、乏力、纳差,行胸透示双肺纹理增多,诊断为支气管炎,静滴青霉素5天无效,改用菌必治每日4g分2次静脉注射,连用11天无效。近4天来咽痛,程度较重,吞咽时加剧。

【查体】 体温38.6℃,发育正常,消瘦,咽部粘膜充血,软腭、舌腭弓及咽后壁散在多发性浅表溃疡,直径约2mm～6mm,边缘不齐,表面附有灰白色分泌物。双肺呼吸音清,未闻及干、湿罗音、胸透示双肺纹理稍粗。咽部分泌物涂片可见白色念珠菌。

【初步诊断】 咽念珠菌病。

【治疗】 停用菌必治,口服酮康唑每日300mg,复方硼砂溶液漱口,连用10天无效。于咽部溃疡处活检报告为结核病。拍胸片报告为血行播散型粟粒性肺结核,痰涂片查抗酸杆菌阳性。

【诊断】 粟粒性肺结核并发咽部结核。

【分析】

1.原误诊医生的常规思路原因　本例以发热为首发症状,胸透示双肺纹理增多,故拟诊为支气管炎,行抗生素治疗,属常规思路。当用青霉素治疗无效时,改用较大剂量的广谱高效抗生素菌必治也符合一般常规。

经大剂量高效抗生素治疗10余日无效,反而出现咽痛时,于咽部发现溃疡,涂片检出白色念珠菌,即考虑较长时间应用菌必治而导致菌群失调,继发真菌感染,予抗真菌药物治疗,也属常规。

本例自起病以来2次胸透,均报告肺纹理增多,未发现其他异常,易使人误认为系支气管感染。

2.本病案的特点　本例以发热、咳嗽、咯痰起病,酷似支气管炎,但经大剂量青霉素、菌必治治疗无效,又出现咽痛。查体发现咽部散在浅溃疡,咽部涂片检出白色念珠菌,经停用广谱抗生素、抗真菌治疗10天无效而行咽部活检时方发现为结核病,遂胸片诊断为血行播散型粟粒型肺结核,并为痰检菌证实。本例系一较典型的急性粟粒性肺结核病人,却被较长时间误诊。

3.教训　本病例中所患疾病(急性粟粒性肺结核)与被误诊的疾病(咽部念珠菌病)的共同特点:发热、咽痛。

通常咽念珠菌病的特点:

1)成年人患者多身体极为虚弱,长期应用广谱抗生素或肾上腺皮质激素等药物者易发生本病。

2)症状多不明显,可有咽干、咽痛,体温正常或有低热。

3)颊、腭、舌、咽后壁、牙龈、扁桃体等处粘膜表面可见白色凝乳样斑块沉积,斑块稍用力即可擦去,留下粗糙的创面。

4)取白色斑块状物少许,于显微镜下白色念珠菌菌丝及孢子。

误诊原因分析:

1)对结核病缺乏足够的重视,本例起病之初表现为呼吸道感染症状,已被误诊;之后又咽部剧痛和溃疡,就诊于口腔科而再次误诊。由于口腔、咽部结核病较罕见,故医生易误诊为其他常见病。

2)粟粒性肺结核临床表现多种多样,未能全面分析。粟粒性肺结核为一严重的多脏器损害疾病,许多病人以肺外结核为重要临床表现,本例即以咽部结核为重要表现而就诊于口腔科。

3)片面认识胸部X线表现,尽管本例反复胸透,到口腔科就诊时亦行常规胸透,但却不了解粟粒性肺结核早期并无特征性改变,且粟粒性肺结核的改变在胸透中往往不能发现。故误诊为支气管感染,未进一步拍胸片检查。

4)片面相信实验室检查,本例发现口腔及咽部病损后,咽涂片虽检出白色念珠菌,但正常的口腔粘膜也可有白色念珠菌生长,即使发现白色念珠菌,也不能确诊为咽念珠菌病,更不能排除咽部病变为其他疾患。

5)未能仔细了解和分析病情,咽念珠菌病虽可有咽痛,但程度十分轻微,而本例咽痛较剧烈,加之局部体征不同,应及时想到咽结核病。

6)被误诊疾病(急性粟粒性肺结核)的特点:①起病急骤,有畏寒、高热、盗汗、虚弱及轻咳、气急等症状。肺部常无明显异常体征,可有肝脾肿大或脑膜刺激征。②血液白细胞计数可下降,血沉增快。结核菌素试验可阴性。痰抗酸杆菌阳性或阴性。③眼部检查于部分患者可见脉络膜结核改变。④胸部X线拍片早期可无发现,2周后复查可见两肺有分布、大小、密度皆均匀的粟粒状阴影。粟粒状阴影透视往往不能发现,必须摄胸片。⑤急性粟粒性肺结核咽部可表现为软腭、咽弓、咽后壁及扁桃体等处多发性浅表溃疡及糜烂,边缘不齐,表面覆有灰白色分泌物。

4. 小结　目前结核病的发生率仍较高,每位医务人员均应了解结核病的病理特点,熟悉结核病的临床表现,以减少误诊、漏诊。

对高热病人经正规抗生素治疗无效,体温未下降,胸部X线提示肺纹理增多者应想到急性粟粒性肺结核的可能。

口腔科医生应熟悉咽部结核的特征,以便及时作出诊断,并警惕可能是粟粒性肺结核的全身表现之一。

应加强防治结核病意识,注意各种临床表现之间的整体联系、注意临床表现的多样性,注意动态变化,以避免结核病的误诊。

(孙　彦)

第二章　破　　溃

本章以“破溃”作题是指因病造成口腔颌面部的皮肤和粘膜的完整性遭到破坏。以各种形式出现的表面破损，也常是病人的主诉。

口腔颌面是进食消化、呼吸、语音的外在部位，也是心理情感表达的“屏幕”，不仅完成的功能是复杂的，精确度又高，所处各种环境(物理的、化学的、微生物的)的内容差异及条件波动幅度是所有器官中最大的；也是全身皮肤粘膜交界最多的部位；同时存在胚胎发育期有关组织(牙源性组织、鳃裂残余组织甲状腺及涎腺等)可能有残余，迷走、发育障碍或缺陷；再加中医理论脏腑通过经络开窍于口腔，外感病邪，内伤脏腑等系统性疾病，可在口腔颌面显现。所以造成口腔颌面破溃既可有明显的外来的原因(例如放线菌感染后的破溃)也有机体本身的内在原因(例如鳃裂瘘)具体原因很多。

首先把局部损害归类。通过简短问病史及查体等检查把破溃大概归在哪个范围，是糜烂皲裂、溃疡、肉芽肿、瘘管、窦道，坏死、坏疽，还是疱破创面，有否上皮剥脱及松解等等。再以该破损可能具有的局部特征进行仔细检查以溃疡为例，以溃疡形式表现的病很多，但各有各自的局部特点，要注意溃疡大小、数目、深浅；边缘是否整齐，有无倒凹；表面是否有假膜或痂膜，是否容易剥离；是平坦，还是有结节；溃疡基底有无结节，是否向四周浸润(这些现象对分析病情、确定诊断十分重要)。再进一步考虑可能是什么原因所致的破损。微生物、创伤、恶性肿瘤、继发性、并发症等。某种系统性疾病的局部表现、综合征、免疫缺陷、内分泌、原因不明等。如果认为是某一类或某一种微生物所造成的损害，也还要仔细分析所造成的溃疡属于哪一种临床形式，例如口腔颌面皮肤和粘膜的破损及表现就分为结核肉芽肿、结核粘膜溃疡、寻常狼疮、寒性脓肿破溃、瘰疬、结核性慢性骨髓炎等。

临床造成口腔颌面皮肤粘膜破损的形式是多种多样的。对预后不好和容易发生失误，造成严重教训的破损要高度警惕，能够识别，为早确诊提供线索，大致分以下几种情况。

如果疾病一开始就以破损的形式出现，并认为是恶性肿瘤所致，首先应想到具有复层鳞状细胞部位出现的鳞状细胞癌，还有恶性肉芽肿、淋巴上皮癌，恶性组织细胞增多症，粒细胞缺乏症引起的局部坏死性溃疡等，在此，还要鉴别于梅毒性溃疡及腺周口炎；如果在局部肿大的基础上出现的破损，可能因坏死、损伤、切开、穿刺面破溃渗出不愈合，以及感染后才出现并加重的溃烂，应想到这是在上皮和表皮以下深部组织的原发性肿物。上述初诊确诊率很低，往往不仅需活检，甚至需多次活检方能确诊，需警惕长期误诊。

此外，口腔以瘘口形式出现的破溃也很多见，最多见是牙源性根尖炎症的根端瘘

口腔疾病诊治与误导

管，在龈粘膜附近的是粟粒状肉芽形式，在皮肤上的是内陷性的瘘口，这其中容易疏漏的是因畸形中央尖及畸形舌侧窝引起的瘘管，因牙体无明显缺损。更容易考虑不到的是由多生牙、异位牙远距离迷走牙及有的埋伏牙和阻生牙的感染所致瘘管的外口；还有含牙及牙源胚胎组织残余形成的囊肿破溃后的瘘管口。与器官相通的瘘道在口腔颌面也是屡见不鲜的。例如，与鼻腔、窦腔、耳道、乳突、颌骨、涎腺、颅内等相通连。异物性造成的溃烂和瘘口通常容易确诊，因为多数有明确的致病原因，也有的病人以原因不明的糜烂和瘘管形式就诊，没有有价值的病史可回顾。常见的有植物性的芒刺和碎片，动物性的棕毛、骨片及鱼刺，金属性的弹粒碎屑、丝条，矿化物性的涎腺结石及外来的沙粒和石块，以及各种玻璃碎片。有的破损、瘘口因部位特定可想到与先天性原因有关，例如鳃裂瘘、甲状舌管瘘、鳃裂囊肿破溃后的瘘口，以及因感染、切开、穿刺后不愈合的沃辛瘤和神经鞘瘤的破溃瘘口。

总之，临床不管以何形式出现的溃烂，均需认真对待，慎之又慎，即是以疱破后出现的创面，也要收集初发的是水性疱、血性疱？还是脓性疱？是上皮内的疱，还是上皮下的疱等各种相关资料，全面考虑以防造成严重失误。

本章所述案例内容是有关疾病使粘膜破损以及先天性、牙源性、感染性（包括特异性感染）、异物性等原因造成的破溃、瘘管、窦道等的误诊误治。

（金志勤）

第一节　粘膜破溃疾病的误诊

红斑狼疮误诊为扁平苔藓

【病史】 女，54 岁。右颊粘膜溃烂 8 年余，于 1995 年 7 月 4 日入院。患者 8 年前因右颊粘膜溃烂，几家医院均诊为“糜烂型扁平苔藓”，给予多种漱口水漱口，维生素 A 及维生素 AD 口服，强的松 15mg，每日三次；局部涂肤轻松膏，上述各药经长期应用，效果并不明显，反而颊粘膜溃烂加重，周围粘膜发红，局部轻度疼痛，不易出血。因久治不愈，曾在医院行病理活检，诊断为：“慢性盘状红斑狼疮”。经中医中药治疗，局部逐渐痊愈，形成瘢痕。3 年前因患胃窦炎，而停止治疗。右颊粘膜局部情况尚好。入院前 1 月开始，原右颊粘膜病变区又出现局部发红，轻度隆起，表面溃烂，有烧灼样痛感，又按盘状红斑狼疮治疗无效果，后经二次病理活检，均诊断为右颊粘膜红斑狼疮癌变（磷癌Ⅱ级）。

【查体】 面部两侧对称，右颊粘膜溃烂，溃烂面为 1.0cm×1.5cm，周边稍红，较硬，隆起，呈外突型，中央凹下，周边有较短而呈放射状排列的条纹。双颌下、颈部均未扪及肿大的淋巴结。全身皮肤和其它口腔粘膜未见同样病变。

【初步诊断】 右颊粘膜盘状红斑狼疮癌变。

【治疗】 在局麻下行右颊部组织扩大切除术，切除后遗留之粘膜组织缺损用舌粘膜瓣带蒂转移修复，伤口Ⅰ期愈合。术后半月应用平阳霉素每日 8mg，静脉滴注；

口服地塞米松片 0.75mg,每日三次,共治疗 30 次。痊愈。

【术后病理诊断】 右颊粘膜盘状红斑狼疮癌变(磷癌Ⅱ级)。

【分析】

1. 误诊常规思路原因　颊粘膜溃烂,时溃时愈,经几家医院都诊断为“糜烂型扁平苔藓”,应用常规有效的药物治疗是正确的。

当保守治疗效果不好,而且颊粘膜溃烂加重,局部产生疼痛,医生想到需病理进一步明确诊断,这也是通常情况下常规思路。

病理诊断为“慢性盘状红斑狼疮”时,投中医中药治疗,局部逐渐痊愈,溃疡创面愈合后形成瘢痕。这是正确的治疗程序。

当原位右颊粘膜病变区再出现红肿、隆起、表面溃烂时,仍疑为原病变复发,再度重复治疗,这也是常规思路和一般治疗程序。

病患初期误诊为“扁平苔藓糜烂型”,后经病理诊为“慢性盘状红斑狼疮”,治疗后有明显效果,因为复发,再重复保守治疗,结果是以失败而告终。

2. 本病案的特点　右颊粘膜长期发生溃烂,久治未愈,几家医院均造成误诊误治。经病理检查明确诊断为“慢性盘状红盘狼疮”后,治疗效果明显。但原病变症状再度重现,不但未引起医生的警惕,反而疑为病变复发,并重复治疗,使原病灶在癌变后扩散生长。

3. 教训　本病例中所患疾病(慢性盘状红盘狼疮)与被误诊疾病(糜烂型扁平苔藓)在该患者身上共有的特点:右侧颊粘膜发生溃烂,局部疼痛。

通常情况下,糜烂型扁平苔藓的特点:

1)是一种粘膜皮肤慢性炎症,表现为珠光白色条纹,粘膜粗糙,炎症浸润使其发生糜烂。

2)通常经局部治疗,糜烂即可愈合,重现珠光白纹。

误诊原因分析:

1)按误诊疾病采用常规有效的方法治疗,经几家医院治疗均无效果,应引起医生的高度警惕,及时想到扁平苔藓癌变的可能性,或是其他疾病,而不应始终停留在原来的诊断上。医生也没有想到久治不愈的颊粘膜溃烂,竟与“慢性盘状红斑狼疮癌变”密切相关。

2)被误诊疾病“慢性盘状红斑狼疮”的特点:

①单侧或双侧颊粘膜、唇粘膜为好发部位。

②病变可呈圆或椭圆型,中央萎缩,色红,边缘暗红,微微隆起,周围充血,但不出血。

③病变易发生糜烂,伴轻微刺激疼痛。

④持久的糜烂,很难与糜烂型扁平苔藓相鉴别。

3)典型的口腔粘膜盘状红斑狼疮的病理改变有五条:

①过度正角化伴角质栓。

②上皮钉突萎缩。

③基底层液化变性。

④炎症细胞(主要为淋巴细胞)浸润见于扩张的毛细血管周围与浅表固有层,但在紧贴上皮的区域则相对减少。

⑤该区能被过碘酸雪夫染色而类似基底膜增厚。

4. 小结　颊粘膜溃烂,经几所医院多个医生都以"糜烂型扁平苔藓"进行药物治疗,不仅无效,反而病情加重,医生必须扩大思路,突破常见病思维。

口腔粘膜病变组织结构复杂,虽然有典型的临床表现,但也是多种疾病共有的症状之一,如粘膜溃疡、糜烂,可为结核性溃疡,炎症性溃疡、扁平苔藓、慢性盘状红斑狼疮等均可表现为溃疡、糜烂这一症状。局部癌前病变发生癌变时也可产生上述症状,本病例盘状红斑狼疮癌变,经多次病理检查方可明确诊断。

当首次诊治无效时,必须全力抓住该病例的重要特点。本病例的重要特点就是依靠病理明确诊断,再进行有效的治疗。

(杨佑成　邓　婧)

贝赫切特病误诊为樊尚咽峡炎

【病史】 男,28岁。因反复咽部及口腔溃疡3年,加重伴发热5天于1997年5月17日就诊。患者近3年来反复发作咽部及口腔溃疡,每次均于咽部、颊部及舌部出现小溃疡,伴疼痛,每予口服"含化片"等处理,数日至10余日后自愈,每年发作4～5次,发作时有时全身不适。近5天来又出现口腔溃疡,伴发热,体温38～39℃。全身不适,口腔及咽部疼痛,不敢吞咽。查体见咽部粘膜充血,双侧扁桃体、舌背及咽后壁粘膜散在溃疡,诊断为樊尚咽峡炎,给予大剂量青霉素静脉点滴无效,且手背部注射部位次日出现红肿及小脓点。追问病史,患者未婚,无性交史,近1年余以来阴茎龟头部反复出现溃疡及疼痛,可自愈,未曾就诊。请泌尿外科会诊后考虑为贝赫切特病。

【查体】 急病容。双眼无异常。咽部粘膜充血,双侧扁桃体表面、咽后壁及舌根部、双侧颊粘膜散在溃疡,大小不一,直径约0.5～1cm,表浅,边缘整齐,呈圆形或椭圆形,色灰白,周围粘膜有红晕,触痛,有口臭。心肺无异常。龟头、冠状沟散在潜表溃疡,直径3～6mm,触痛,表面有渗出物。双手背部散在小脓疱疹。

【辅助检查】 血常规示外周血细胞计数 $11.2\times10^9/L$,血红蛋白116mg/L,血沉26mm/h。咽部溃疡活检为"炎症坏死组织"。

【初步诊断】 贝赫切特病。

【治疗】 给予强的松每日50mg口服,Dobell液含漱,洁尔阴阴部坐浴。10天后复查症状消失,口腔、咽部及阴茎部溃疡愈合。前臂及手背部皮损消失。

【最后诊断】 贝赫切特病。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　本例患者病史已达3年之久,但每次发作症状一般不重,未引起足够重视。

本次发作症状严重，曾就诊于口腔科和耳鼻咽喉科，均根据当时的症状、体征诊断为樊尚咽峡炎，未注意将以往反复发作的口腔及咽部溃疡史联系起来考虑。

接诊医师只注意检查局部变化，忽视全身检查；只注意询问口腔、咽部有关病史，未注意全面地了解全身其他部位的变化。

患者虽有反复发作的阴茎溃疡、疼痛，但却讳疾忌医，不愿向口腔科、耳鼻咽喉科医生提供生殖器疾患的病史，加之贝赫切特病在我国相对少见，医生难以想到本病。

2．本病案特点　本例表现为反复发作的口腔及咽部溃疡3年、阴茎溃疡1年，另伴有皮肤损害，是较为典型的贝赫切特病，但本例无眼部损害及其他表现。本次发作病情较重，颇似樊尚咽峡炎，经青霉素治疗无效后始想到本病的可能，全面了解病史和查体后方得确诊。

3．教训　本病例所患疾病（贝赫切特病）与被误诊为的疾病（樊尚咽峡炎）在该患者身上的共同特点：口腔及咽部溃疡、发热。

通常樊尚咽峡炎（Vincent angina）的特点：

1）系由厌氧的梭形杆菌和樊尚螺旋体共同寄生引起的急性特异性感染，一般在患者抵抗力较低时发病，儿童及青年多见。

2）一侧咽痛，吞咽时加重，伴发热、头痛、乏力、口臭等症状。

3）查体见牙龈、扁桃体红肿，一侧扁桃体上极有溃疡，边缘不整齐，覆有灰白色污秽的假膜，易于拭去，拭去后溃疡表面有小出血点。颊、龈、腭等部位粘膜可有溃疡形成。病变严重者可蔓延到整个咽部及口腔。颌下淋巴结可肿大。

4）溃疡的假膜涂片镜检可见大量梭形杆菌及樊尚螺旋体。

误诊原因分析：

1）对贝赫切特病缺乏足够的认识，不熟悉其临床特点。

2）本病的表现复杂，反复发作，且出现时间先后不一，病程长短亦有不同。接诊时往往从自己专业的角度了解病情、考虑诊断，注意力集中在口腔及咽部，缺乏对病情的全面了解和分析。

3）被误诊疾病（贝赫切特病）的特点：

①本病好发于青壮年，男女之比为2∶1。

②口腔溃疡：常为本病的初始症状，几乎所有病人都有反复发作的口腔溃疡。溃疡可发生于口腔粘膜的任何部位，也可发生于咽、扁桃体及鼻腔粘膜。开始为单个或多个针尖大小的红斑，渐扩大，破溃而形成溃疡，约2～10mm大小，圆形或椭圆形，边界清楚，底平坦，表面覆有灰白色渗出物，周围有红晕，溃疡疼痛，可影响进食，有口臭，持续数日至数周不等。症状能自然消退，但极易再发。浅溃疡自愈后不留瘢痕，深溃疡愈合后可有瘢痕形成。

③生殖器溃疡：约70%～80%的病人出现，女性多于男性。男性好发于阴茎、阴囊；女性好发于大、小阴唇、阴蒂、尿道口，也可发生于阴道及宫颈；偶见于腹股沟、会阴及肛门周围。一般起初时为黄白色粟丘疹，破溃后形成溃疡，溃疡往往大而深，边界清楚，常覆有灰白色坏死组织，疼痛。

4)眼部损害:约70%的病人出现,男性多于女性,一般发生较晚,很少为始发症状者。早期多为结膜炎、角膜炎;晚期有虹膜睫状体炎、前房积脓、视网膜脉络膜炎等。眼部损害也反复发作,可导致视神经萎缩或继发青光眼而导致失明。

5)皮肤损害:表现为毛囊炎、脓疱、痤疮、结节性红斑等。本病患者的皮肤对非特异性刺激呈过敏反应。用生理盐水皮内注射、无菌针头皮内刺入、静脉穿刺或注射等刺激,经24~48小时后于针刺部位出现毛囊炎、脓疱等化脓倾向,称皮肤针刺反应阳性,对本病具有诊断价值。

6)其他器官损害:消化系统损害、栓塞性脉管炎、心血管系统损害、关节炎、神经系统损害等。男性发生神经或血管神经等重症的机会较女性多。

7)实验室检查:特异性较低,可仅作参考。发作期可有贫血、白细胞增高、血沉增快、r球蛋白增高、C^-反应蛋白阳性,IgG和IgM水平增高,某些补体成分增高,T淋巴细胞CD_4^+与CD_8^+比值下降,血清循环免疫复合物增高。

8)诊断标准:国际贝赫切特病研究组提出的诊断标准为复发性口腔溃疡合并下列两项者即可诊断为本病,见表1。

表1 贝赫切特病诊断标准

复发性口腔溃疡	由医生或病人发现大、小溃疡或疱疹样溃疡,一年中至少发作3次。
合并下列两项者	
复发性生殖器溃疡	由医生或病人发现的溃疡或因溃疡形成的瘢痕。
眼损害	前后色素膜炎,玻璃体出血,视网膜血管炎。
皮肤损害	结节性红斑,假性毛囊炎或丘疹,脓疱性损害或青春期后的痤疮样结节而病人未用过皮质激素治疗。
皮肤针刺反应	在针刺后24~48小时内阳性,且不能用其它临床情况作解释。

4. 小结 贝赫切特病是一种全身多系统疾病,其中口腔溃疡是最常见的症状,也常是初始症状。故口腔科医生应熟悉本病的临床特点,以便早期诊断、及时治疗。

提高对本病的认识,对可疑的病人应详细询问病史、仔细全面查体,留心各种可疑的线索,必要时应多科室会诊,以期早期诊断。

(孙 彦 吴钦贞)

颊粘膜腺样囊性癌误诊为颊粘膜坏死性口炎

【病史】 女,56岁。左侧颊部疼痛,张口受限2年余,加重2个月于1992年6月18日入院。患者2年前始,左颊部疼痛,肿胀,局部溃破,渐进性张口受限,在当地医院诊断为左侧颊间隙感染。应用中草药治疗无效,又应用抗生素治疗,理疗,面颊部肿胀略有缓解,但张口受限无明显改善。2月前因上述症状又明显加重而入院。既往身体健康。

【查体】 左侧颊部皮肤明显凹陷,范围约3cm×2cm,周围皮肤红肿,局部压痛。

口角无偏斜，面部感觉正常。张口度 1.5cm，牙齿$\underline{|5678}$与$\overline{|5678}$相对的颊粘膜可见与皮肤范围相应大小的溃疡面，有大量灰白色坏死组织，伴有恶臭味，周围粘膜充血，触之基底部质硬。左侧上下颌牙无松动，无龋坏，诸牙叩痛(－)。左侧颌下可触及数个 1cm×1cm 大小的淋巴结，活动，与皮肤无粘连，无压痛。

【辅助检查】 血红蛋白 126g/L；白细胞 8×10^9/L，中性粒细胞 0.73；淋巴细胞 0.21；胸片正常；左下颌骨侧位片诊为：左下颌升支骨密度减低，未见骨质破坏征象，心电图示心肌轻度缺血改变。

【初步诊断】 左颊粘膜坏死性龈口炎。

【治疗】 入院后青霉素抗感染，理疗，漱口液漱口，治疗一周后，张口度略有增大，颊部肿块仍有溃烂面。停药后症状加重，左颊粘膜溃烂面突发性大出血，约 600ml，并全身出汗，头晕，烦躁。血压 10/7kPa，查口内颊粘膜溃烂坏死区有活动性出血，即局部压迫止血，并输血 800ml，病情稳定后局部麻醉下行左颊部溃疡区取活检。病理报告：左颊部腺样囊性癌。三日后，在全麻下行左颊癌(颊组织全层)切除术加额部皮瓣折叠式转移修复术。术后转移皮瓣存活，2 周痊愈出院，随访三年未见复发。

【术后病理诊断】 左颊部腺样囊性癌(低度恶性)。

【分析】

1．误诊误治常规思路原因　左颊部疼痛，伴肿胀，并引起张口受限，多考虑颊间隙感染，应用有效的抗生素治疗，取得一定的临床效果，这是正确的。

当颊部大面积溃疡，长期不愈，而且检查发现左颊粘膜溃烂面表面有大量坏死组织，及灰白色假膜伴恶臭，临床上又考虑为颊粘膜坏死性龈口炎，再用有效的抗炎治疗仍有效果，这也是常规思路。

上述有效的保守治疗，虽然能明显的缓解症状，改善开口度，但溃疡面始终不愈合，张口度改善也不明显。当溃疡面发生大出血时，又急于查清出血原因，做了一系列的检查，这些多是临床医生常规检查操作程序，但忽视了颊粘膜病变的确诊及必要的治疗，至患者入院后达一月之久才切取检查明确诊断，延误了治疗。

2．本病案的特点　颊部肿痛伴开闭口困难病程长达 2 年多。溃疡逐渐发展，抗炎治疗虽病情有好转，但不能治愈。象这样经过再三常规保守治疗不仅无效，反而病情越发展越加重，但始终没能引起医生的警惕。当肿块大出血时，又实行局部压迫止血，使肿瘤加速了扩散浸润。

3．教训　本病例中所患疾病(颊部腺样囊性癌)与被误诊疾病(颊部粘膜坏死性口炎)在该患者身上共有的特点：颊粘膜肿块，表面粘膜溃烂，开口受限，抗炎治疗有效，但不能根治。

颊粘膜坏死性口炎的特点：

1)颊粘膜大面积溃疡，长期不愈合。

2)抗炎治疗肯定有效。

误诊原因分析：

1)患者自发病以后，曾多次就诊治疗，均行抗炎治疗，每次都有一定效果，故诊断倾向于炎症，这是导致误诊的直接原因。

2)患者入院后经抗炎治疗及局部冲洗等对症处理，病情迅速好转，这就加深了炎症的印象，忽视了几点不支持坏死性龈口炎的症状：①病情长达二年多；②溃疡逐渐发展，抗炎治疗虽有好转，但不能治愈；③溃烂仅局限于颊部粘膜，牙龈并无大面积坏死；④区域淋巴结无肿大及压痛，肝脾也无肿大；⑤体温不高，周围血象白细胞计数不高；⑥抗感染治疗有效，张口度却无明显改变。

3)被误诊疾病“颊部腺样囊性癌”的特点：①侵袭性极强，致使颊部溃疡面长期不愈，且逐渐增大。②侵犯周围组织，使张口受限。③颌下淋巴结转移。④沿血管、神经扩展。

当临床上作出一个诊断后，而该诊断不能完全解释全部症状时，就应采用多种检查方法和手段来确定诊断。本例患者未及时作活检，以致延误了诊断。

4. 小结　患者突出的临床表现是左颊部组织坏死，坏死组织表面有灰白色假膜覆盖，有恶臭伴张口受限，抗炎治疗有明显效果，这些都容易考虑炎症，将组织坏死诊断为颊部坏死性口炎，把张口受限解释为炎症侵犯嚼肌和翼内肌而致，就更支持颊部坏死性龈口炎的诊断，而长期造成误诊。

当首诊治疗无效，必须全力寻找并抓住该病例最突出的特点：那就是颊粘膜溃烂、久治不愈，而且慢性浸润性生长，溃疡面不断扩大，近2月明显加重，消炎治疗不能控制其发展，根据这些特征去想恶性肿瘤的可能。

在临床工作中，临床医生要有整体观念，把临床表现及体征有机地结合起来加以思考。本病例患者首先表现为颊粘膜组织坏死，继之张口受限，为肿瘤侵犯嚼肌和翼内肌所致，下颌升支部的破坏也为肿瘤破坏之故。

对一个久治不愈的溃疡，应及时切取组织活检，以明确诊断。

（杨佑成　邓　婧）

第二节　瘘管与窦道的误诊

第一鳃裂瘘管误诊为慢性中耳乳突炎

【病史】 男，11岁。因左耳外耳道反复少量流脓9年，左耳后反复感染7个月，口眼歪斜3天，于1992年8月22日入院。患儿9年前发现左侧外耳道有少量较稀薄的脓性分泌物，无耳痛及发热，当地考虑为慢性化脓性中耳乳突炎，给予滴耳油滴耳无效，长期时有少量脓性分泌物流出，听力尚好，无其他不适，未进一步治疗。7个月前左耳后下颌角后上方红肿、疼痛，曾诊断为疖，经抗生素治疗无效而化脓，脓肿破溃后疼痛减轻；之后反复红肿疼痛、切开引流溢脓、全身应用抗生素感染好转，但不能根治。去当地医院，诊断为皮脂腺囊肿并感染，3天前局麻下行皮脂腺囊肿切除术，术中见左侧耳后沟下方约直径2cm大小的肿块，较硬，轻压痛，切开皮肤周围瘢痕，

见肿块内有脓性分泌物及肉芽组织,分离肿块,见肿块呈条索状向内上延伸,分离中突然出现左侧周围性面神经部分麻痹,遂停止手术,以碘仿纱条填塞术腔,加压包扎,随后转来我院。

【查体】 双侧耳廓无畸形,外耳道未见异常,鼓膜色泽、标志正常。咽部也未见异常。左侧下颌角后上处可见手术切口,以细探针轻探术腔深部可探及管口,向内上可探入约1cm,左侧面神经周围性部分麻痹。颈部未触及肿大的淋巴结。心、肺、腹部检查未见异常。

【初步诊断】 第一鳃裂瘘管。

【治疗】 全麻下沿原手术切口扩大,切除周围皮肤的瘢痕,沿瘘管向上分离,见瘘管在面神经主干外侧与面神经紧贴,继续分离瘘管达外耳道软骨部与骨部交界处之下壁,一并切除。外耳道填以碘仿纱条,耳后切口逐层缝合,放引流条。术后切除组织送病理检查,报告为瘘管衬以复层鳞状上皮。术后3个月面瘫痊愈。

【术后病理诊断】 第一鳃裂瘘管。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　患儿首次因外耳道少许脓性分泌物就诊于耳鼻咽喉科,或许因为小儿外耳道狭窄,鼓膜难以看清,加之未行详细、认真的检查而误诊为慢性化脓性中耳炎。

9年后患儿又出现左耳后感染,经反复切开引流未能治愈,结合局部体征,仅按常规思路考虑系皮脂腺囊肿并感染予以手术。

因手术者误以为是皮脂腺囊肿,又对局部解剖结构缺乏深入了解,为完整切除囊壁而向纵深分离,误损伤面神经。以致在误诊的基础上导致误治,幸而及时终止手术,未将面神经切断。

患儿外耳道流液及下颌角后感染相距9年,接诊医师忽视了将二者联系起来考虑。

2. 本病案特点　本例首先出现外耳道流液,误诊为慢性化脓性中耳乳突炎,9年后出现下颌角后感染,误诊为耳后皮脂腺囊肿,直至误行手术,导致面神经损伤后方考虑到第一鳃裂瘘管,并经手术后病理证实。

3. 教训　本病例中所患疾病(第一鳃裂瘘)与被误诊疾病(皮脂腺囊肿)在该患者身上共有的特点为:局部感染,经切开引流后反复不愈。

通常皮脂腺囊肿的临床特点:

1)为皮脂腺排泄管受阻,皮脂腺呈囊状,上皮被逐渐增多的内容物膨胀所致的潴留囊肿。

2)生长缓慢,一般无自觉症状。感染时疼痛、化脓。

3)查体见位于皮肤内的包块,直径约数毫米至数厘米,向皮肤表面突出,囊壁与皮肤紧密粘连。

4)皮脂腺囊肿感染时呈急性化脓性炎症的表现。

误诊原因分析

1)对第一鳃裂瘘管缺乏认识,不了解其临床特点是误诊的重要原因。

2)第一次就诊时缺乏详细的体格检查,未能发现鼓膜正常这一重要体征,未发现可能存在于下颌角后的瘘管外口等特征性表现。

3)误诊为皮脂腺囊肿而手术时未注意到同侧外耳道流脓等病史,未警惕感染部位的特殊性,故未考虑到第一鳃裂瘘的可能。在不了解所在部位的解剖细节的情况下贸然手术,导致不良后果。

4)被误诊疾病(第一鳃裂瘘管)的特点

①瘘管多位于一侧,瘘管两孔开口出生即存在,外孔多位于下颌骨下缘、舌骨平面以上的区域,如下颌角附近、耳廓后下方或乳突尖前下方等,为约针眼大小的皮肤凹陷或小口,常不引起注意;内孔多位于外耳道骨与软骨部交界处的外耳道壁,常难以发现,多于出生后数月或数年,以至出现症状后方注意到。

②瘘管未感染时可经瘘孔溢出少许浆液性、粘液性或脓性液体,多无明显不适。

③瘘管继发感染时瘘孔周围皮肤红肿、疼痛、化脓;反复感染可造成糜烂、瘢痕及肉芽组织形成,经久不愈。

④少数病人瘘管感染可累及面神经而导致面神经麻痹。

⑤体格检查:外瘘孔较易发现,可插入探针探查。经外瘘孔注入美蓝液可能观察到蓝色液体经外耳道口溢出。经外瘘孔可注入碘油行 X 线造影。内瘘孔位于外耳道壁,难以观察到,部分病人可用细弯探针从外耳道壁探查发现。

⑥鼓膜色泽、标志及乳突 X 线片和听力检查一般正常。

4. 小结　口腔颌面外科医生应熟悉其临床特点,以便及时诊断。

对颈部舌骨以上平面的持久性瘘管伴外耳道溢液者应考虑到第一鳃裂瘘管的可能。若在感染前诊断则便于及早手术,以免感染后给手术增加困难。

第一鳃裂瘘管与面神经关系极为密切,在此区域的手术切勿贸然进行,手术者必须熟悉面神经、腮腺、外耳道及中耳的解剖和手术技术。瘘管有时穿过腮腺及面神经,为避免损伤面神经,有时可采用类似腮腺手术的切口,暴露腮腺,辨认面神经及其分支,从面神经分支间仔细剥离瘘管。

(孙　彦　吴钦贞)

第三鳃裂瘘误诊为疖

【病史】 男,28 岁。因左侧颈侧瘘孔间歇性肿痛、流脓、排液 20 余年于 1982 年 8 月 9 日入院。20 余年前颈部左侧无明显诱因肿痛,肿物渐增大至直径约 3cm,表面皮肤充血,有波动感,伴发热,诊断为颈部疖予抗生素注射及切开引流,之后热退、疼痛减轻,但切开处反复换药不愈,有少量稀薄的粘液流出,经长期换药 3 月后切口基本愈合,偶有少量米汤样液体溢出。8 年前左侧颈侧又出现红肿、肿痛,自行破溃溢脓,有时喝水有水自瘘管口漏出,行局部切开引流,搔刮创面,经用抗生素、中药及局部换药后再次愈合,之后时愈时发。20 天前该处再次红肿、破溃后一直流脓不愈而就诊。

【查体】 颈左侧中部皮肤瘘孔在胸锁乳突肌前缘胸锁关节上约3cm处,瘘孔直径约0.5cm,周围有肉芽组织,挤压脓液外溢,皮肤红肿、压痛,口咽部、喉咽部及喉部未见瘘孔。行食管钡餐造影,吞钡时见钡剂从左侧梨状窝经弯曲的瘘道至左颈侧瘘孔处,食管蠕动及扩张良好,粘膜皱襞清晰。

【初步诊断】 第三鳃裂瘘管。

【治疗】 局麻下行左侧第三鳃裂瘘管切除术,术中见瘘管自外孔进入皮下后,向上经甲状腺左叶上部中间穿过,向上经环状软骨外侧,于甲状软骨翼板外下穿入梨状窝,钳夹切除后结扎再内翻缝合,逐层缝合切口。术后病理检验符合第三鳃裂瘘管。

【术后病理诊断】 第三鳃裂瘘管。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因 颈部毛囊、汗腺、皮脂腺丰富,是疖的好发部位,本病感染时在外瘘孔处发生急性化脓性感染,酷似疖。故诊断为疖,予以抗感染、切开引流,系常规的处理方法。

当切开引流、炎症好转后,反复换药达数月之久,切口仍不能完全愈合,而未进一步考虑为其他疾病的可能,以后反复发作均未深究原因,只作对症处理,系对本病缺乏了解而忽视了其特征性症状。

2. 本病案的特点 本例以颈侧反复感染、喝水时有时有水自颈侧瘘口流出为主要症状,历时20年,反复就诊未能确诊。直至注意到胸锁乳突肌前缘之瘘孔方考虑本病,并经食管钡餐透视发现自梨状窝至颈侧瘘孔处的瘘管而诊断为第三鳃裂瘘管,并经手术和术后病理最终证实。这是一例典型的第三鳃裂瘘。

3. 教训 本病例中所患疾病(第三鳃裂瘘管)与被误诊疾病(颈部疖)在该患者身上的共有特征:颈侧红肿、疼痛、化脓。

通常疖的特点:

1)发生部位疼痛、皮肤充血,形成一个小而硬的结节,渐扩大呈锥形隆起,数日后结节中心变软,顶部出现一黄色脓栓,疼痛更剧。

2)再经数日后脓栓多自行破溃、排脓,随之疼痛缓解、炎症好转,溃口迅速愈合。

误诊原因分析:

1)第三鳃裂瘘管罕见,接诊医生不熟悉其临床表现,未能意识到该病。

2)未注意观察和分析病情的演变,一般引流后疖多迅速愈合,而鳃裂瘘则经久不愈和排液。本例颈侧伤口不愈、长期排液却未予重视。本例尚有饮水时有水自颈侧瘘孔处溢出的典型临床表现均被忽视。

3)诊治病人时不求甚解、粗枝大叶,只对症处理,不求明确诊断。

4)被误诊疾病(第三鳃裂瘘管)的特点:

①瘘管孔出生时即已存在,一般不引起注意,当有分泌物时方被发现。

②瘘管外孔常存在于颈侧胸锁关节上方、胸锁乳突肌前缘的中、下1/3交界处,一般常有针眼大小。

③瘘管内孔只在一部分病人经内窥镜检查时可以发现。经外孔注入生理盐水、

美蓝溶液结合内窥镜检查有助于发现内孔，自外瘘孔注入味觉刺激剂可于口内知味。

④某些病人饮水时可有水自外孔溢出。

⑤用探针探查外瘘孔时有时可引起咳嗽、面色苍白、出汗、心悸、呕吐及晕厥等迷走神经刺激症状。

⑥经外口注入造影剂可能查知瘘管行经并确诊。经口吞咽稀钡剂也可能发现瘘管。

⑦病理检查瘘管内衬为复层鳞状上皮或纤毛柱状上皮。

4．小结　口腔颌面外科医生应熟悉第三鳃裂瘘管的临床特征。

对反复不愈的感染应注意查找原因，不能草率地只行对症处理。

对一些常见疾病无法解释的症状，如饮水时颈侧漏水等，应探究其原因，与有关科室协作检查，以求及时明确诊断。

（孙　彦）

第三、四鳃裂瘘误诊为结核性瘘管

【病史】　男，37岁。因右锁骨上瘘管反复溢脓感染27年，于1984年10月26日入院。患者8岁时因右颈下部突然红肿，在当地医院作为脓肿切开引流。从此，切口经常溢脓流液，形成一瘘口，瘘口时愈时溃，自感吞咽不适，有异物感，后经多家医院诊断为“颈结核性瘘管”，长期抗结核治疗，并多次加用抗生素及中药治疗，均无效果。1982年患者考入医学专科学校，在校期间，医院诊断为“鳃裂瘘管”。第一次手术后，瘘管原位复发，又行第二次手术切除，结果瘘管口再次复发，位置由原来的右锁骨上的胸锁乳突肌前缘移位到胸锁乳突肌后缘，溢液流脓，反复发作，经久不愈。既往史未患过结核病。

【查体】　颌面部对称，右锁骨上窝胸锁乳突肌后缘可见一黄豆粒大小瘘口，局部皮肤表面脱屑、粗糙、褐色素沉着、充血、挤压有少量稀薄黄色脓液自瘘口溢出，探针探测瘘管可向前内深入3cm。同侧胸锁乳突肌前缘锁骨上有一手术切口疤痕，横长约3cm。自瘘管口处注射少许美蓝液，口咽部可见其染色。颌下、颈部未触及淋巴结肿大，咽侧壁无肿物突出，扁桃体Ⅰ度肿大。

【辅助检查】　血常规及出、凝血时间、血沉均正常。胸部X线片未发现异常。肝肾功能检查，均在正常值范围。

40%碘化油瘘管造影，正侧位片见造影剂位于气管右前方软组织内，仅充盈约3cm长一段。

【初步诊断】　第三、四鳃裂瘘。

【治疗】　在局麻下行瘘管切除术。术前注射美蓝。先于瘘口外作一包括瘘管口及部分炎性皮肤之梭形切口，沿瘘管周围向前上内分离，瘘管皮肤端约1.5cm，管腔较大，前段为手术疤痕组织。继向上分离，瘘管变细，在胸锁乳突肌深面，颈动脉鞘浅面上行，此时将手术切口沿胸锁乳突肌前缘切开，充分显露，瘘管行径向上，经甲状腺旁转向后上，分离至舌骨大角水平时，见瘘管纤细，似1号丝线，当分离至近梨状窝

2cm 处作瘘管切断，断端结扎。术后切口一期愈合。8个月信访，瘘管未再复发。

【术后病理诊断】 鳃裂瘘管。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　颈下部囊性肿块，红肿、疼痛，诊为脓肿，即行脓肿切开引流是正确的常规操作。

当切口未愈反而经常溢液流脓，形成瘘口，并时愈时溃，又拟诊为结核性脓瘘，抗结核治疗，并加用抗生素及中药治疗，通常为诊断性治疗。

在长时间抗结核治疗后，疗效不佳。医生认为，当结核性脓肿伴有非特异性感染，其脓液丧失其特征性而影响诊断，且查找抗酸杆菌亦未必是十分可靠的手段。临床上常遇到一些结核性脓肿或窦道的内容物实难找到抗酸杆菌。通常也是这种思路。

颈部瘘管，久治不愈，患者在学医时，被诊为"鳃裂瘘管"，实行手术治疗，当第一次手术失败后，在未弄清失败原因的情况下，又行第二次手术，结果仍然如故。

2. 本病案的特点　颈部肿物，化脓感染切开引流，然而切口未愈，形成瘘口，又拟诊为颈部结核性瘘管，抗结核治疗，并加用中草药。患者经再三的应用常规保守治疗，不仅无效，反而瘘口时溃时愈，反复发作，并未引起医生的警惕。至 1982 年改诊为"鳃裂囊肿"而行二次手术治疗，结果也屡屡失误。

3. 教训　本病例起初由误诊导致保守治疗无效，后来虽诊断明确，但由操作有"失"，造成两次手术，解剖关系不明确，手术操作不当，使其屡屡失败。

本病例中所患疾病(第三、四鳃裂瘘)与被误诊疾病(结核性瘘管)在该患者身上有共同特点：颈中下部时愈时溃、经久不愈的瘘口，挤压局部，瘘口溢脓样液体。

结核性瘘管的特点：

1)冷脓肿切开引流后，经久不愈。

2)抗结核治疗肯定有效。

3)脓液内有豆腐渣样物质。

误诊误治原因分析：

1)本病例患者转诊多处，一直被误诊为结核性窦道，长期抗结核治疗。此点提示我们，本病需和其它原因引起的窦道或瘘管作鉴别诊断。

2)本患者虽经诊断明确为"鳃裂瘘管"，并行两次手术，但均治疗失败，其重要原因是对本病只知其诊断，对其发生的本质认识不足，解剖关系不明确所致。鳃裂囊肿或瘘管是鳃裂上皮残留引起。第三、四鳃裂发育成舌根部、会厌、咽腔的一部分、咽上缩肌、茎突舌肌、舌咽神经、舌骨大角、颈总动脉和颈内动脉，因此瘘管的行径与上述器官或组织有着复杂的毗邻关系。第三鳃裂的外口在颈侧中下部近胸锁乳突肌前缘，内口在梨状窝。本病例瘘管口移位于胸锁乳突肌后缘，是由于 2 次手术所致。术中所见与理论上基本一致。

3)被误诊疾病(第三、四鳃裂瘘)的特点：

①发病部位(瘘口)位于颈中下部，胸锁乳突肌前缘。

②先天性瘘口保守治疗，经久不愈。

③造影和美蓝注射检查是切实可行的办法。

④手术中必须切除足量长度之细长的瘘管至梨状窝。

4．小结　本病例早期误诊，后期误治，均显示其特殊性。疾病的鉴别诊断固然重要，但手术中的解剖操作也不可忽视。

本病患者初诊，以脓肿切开引流，久治未愈后又抗结核治疗，但瘘口时溃时愈，实则未愈。医生必须想到其疾病隐蔽的特殊性。

颈部解剖结构复杂，手术操作应根据解剖关系，仔细切除病变组织。第三、四鳃裂瘘管纤细，行径于颈动脉鞘浅面，有的穿经颈总动脉与颈内静脉之间行走，二次手术未切除瘘管，术后必然复发。

当诊断、治疗失误之后，全力抓住疾病的最突出特点（本病例最突出特点就是瘘管纤细，行径于颈部重要器官之间，二次手术复发，手术解剖切除难度颇大）。根据这一特点，精心合理设计手术方案，完整切除病变。

（杨佑成）

第三鳃裂瘘误诊为甲状舌管瘘

【病史】　男性，18岁。因颈中下部皮肤间断性溢脓十余年，于1995年5月28日入院。十年前发现颈中下部有花生米大小包块，当时无红、肿、热、痛，未介意。后来肿块突然增大，红肿疼痛，自行溃破流脓不愈，抗炎治疗有效但未愈。于1986年住院手术治疗。术后刀口愈合不良，常有分泌物溢出，时多时少，应用抗生素治疗后，时愈时溃。近一年来常呈阵发性疼痛。局部不适，经普外科门诊以“甲状舌管瘘”收入普外病房。病人既往身体健康。

【查体】　颈中部甲状软骨下约2cm处可见一条横形长约2.5cm的线状瘢痕，中央有明显的脓痂粘附，去除之后可见少许黄色特别粘稠分泌物，清除之后可见黄豆粒大小的洞口及少许肉芽组织，周围皮肤红肿不明显，轻微触痛，并可扪及瘘口有一坚韧的索状物与舌骨粘连，而明显随吞咽与伸舌等动作上下移动。

【初步诊断】　甲状舌管瘘。

【治疗】　于1995年6月3日在局麻下行“甲状舌管瘘切除术”。术中发现瘘管未与舌骨粘连，仅有瘘管周围组织粘连于舌骨周围。瘘管直径约0.2cm，分离后见其离开舌骨，经舌骨大角左侧、颈动脉鞘浅面内侧伸入颌下区。此时因普外科医生不能继续手术操作，请口腔外科医生会诊。经术中讨论意见为“第三鳃裂瘘”继续手术。先用“美蓝”2ml经瘘管口注入，自口腔中看到美蓝自梨状窝溢出，确诊为第三鳃裂瘘，再沿瘘管周围继续钝分离，见瘘管条索状，呈蓝色，位于颈动脉鞘内侧。自舌骨大角旁向上分离6cm，后至梨状窝，结扎切断瘘管，断端荷包缝合。冲洗术腔，分层缝合。术后七天拆线，痊愈出院，信访一年无复发。

【术后病理诊断】　第三鳃裂瘘管。

【分析】

1．误诊误治的思路原因　颈中部皮下肿块，破溃后间断性流脓，发生于儿童，临床多被考虑为"甲状舌管囊肿并发瘘"，行手术切除是正确的。

手术后愈合不良，常有分泌物外溢，时多时少，时溃时愈，再应用抗生素治疗无效果。而第一次手术失败的原因，可能因术中瘘管纤细，分离过程觅不到去向，故而中止手术。而导致手术操作上的失误，或者由于术者基本功差，粗糙、轻率，不仔细，未切除舌骨中部继续向上剥离作根治性切除而造成瘘管上皮的残留，以致再次复发。这也是常规思路。

颈部瘘管，手术后复发，多因素造成，再次手术很有必要，故又以"甲状舌管瘘"术后复发第二次手术治疗，这也是临床医生操作的程序。

由于术前诊断不明确，也没有作必要的检查，盲目再次手术，这种方法有不少基层医生常使用，本次术者在手术台上陷入困境，被迫求援。

2．本病案的特点　颈前部、中部肿块破溃，分泌物外溢，时多时少，抗感染治疗后，时溃时愈，是先天性皮肤瘘管的首要体征之一。但反复应用抗生素及手术治疗，瘘管始终未愈，此未引起医生的警惕，不作必要的辅助检查（瘘管造影或美蓝注射），进一步明确诊断，竟粗暴、错误、盲目地再行手术治疗。将第三鳃裂瘘管误当甲状舌管瘘再次手术。

3．教训　该病系颈部较常见的一种先天性畸形，与胚胎时期鳃裂上皮残留有关，非专业性医生对颈部皮肤瘘管认识不足，错将一种先天性畸形盲目手术治疗，故而必将引入误诊。

本病例中所患疾病（第三鳃裂瘘）与被误诊疾病（甲状舌管瘘）在该患者身上共有的特点：颈部皮肤瘘管10年。时溃时愈，久治不愈。

通常"甲状舌管瘘"的特点：

1)颈中线舌骨水平上下或舌骨和甲状腺之间的皮肤瘘管：外口位于舌骨和甲状腺之间，内口为舌盲孔

2)手术切除瘘管、舌骨中段及舌骨上部分肌肉至舌盲孔处，可以根治。

误诊原因分析：

1)按误诊疾病常规手术治疗无效，就在于某些外科医生的思路始终停留在"甲状舌管瘘"这一疾病上，对"第三鳃裂瘘管"这一疾病不认识，更谈不上鉴别与治疗。第二次手术中发现并非甲状舌管瘘时，方才想到了第一次手术失败的原因，为避免重蹈覆辙，请口腔外科医生解除了手术困境。

2)被误诊疾病"第三鳃裂瘘"的特点：①为颈部的先天畸形，与胚胎时期鳃裂上皮残留有关。②瘘管外口常见于一侧胸锁乳突肌前缘颈中下部，内口则常位于梨状窝或食管入口。③手术应全程切除瘘管。④术前或术中用美蓝瘘管内注射，可进一步明确诊断，也为手术提供引导。⑤手术可以根治，切除不彻底或不完全可复发。

3)同一种疾病因患于不同解剖部位而症状各异。临床医生绝不能把共性症状套用在所有共性的患者。本病例中，瘘管随吞咽而上下活动，是因瘘管与舌骨周围组织发生粘连所致。

4)术前检查不够全面,准备也不充分。术前应常规作瘘管美蓝注射,查找瘘管内口的部位,进一步明确诊断。术中行美蓝瘘管注射,以使瘘管染色,利于术中辨认,避免瘘管断裂,难以觅之。

4. 小结　颈部鳃裂瘘管外口可以发生于胸锁乳突肌前缘,颌下至锁骨上窝之间的任何部位,第三鳃裂瘘管外口多位于颈中下份,内口多在梨状窝或食管入口。这种畸形多数在青少年时已出现。瘘管因反复感染或手术可使其与舌骨周围粘连。临床上出现随吞咽上下移动,这是造成误诊的主要原因之一。

颈部解剖结构复杂,手术时需认真对待。手术医生虽然对鳃裂瘘认识不足,但手术中对颈部解剖比较熟悉,当术中发现瘘管行径与舌骨无关时,果断地请专科医生作了相应妥善处理,避免了第二次手术失误。否则,手术扩大,病变瘘管遗漏,术后复发势在必然。

近年来,由于医学专科的分支过细,医生专业不对口,也是易误诊误治的重要原因。

（杨佑成）

$\overline{8|}$慢性冠周炎瘘管误诊为$\overline{6|}$慢性尖周炎瘘管

【病史】 男,25岁。右下牙床经常肿痛半年。半年前右侧下牙床肿胀、疼痛,服用复方新诺明1.0g,每天2次,5天后肿痛消失。不多久,右侧下牙床又复肿痛,在外院就诊诊为"$\overline{6|}$慢性尖周炎并瘘管"。即行$\overline{6|}$拔髓术,根管封甲醛甲酚消毒药,治疗多次,瘘管仍未消退。即行瘘管内放药加烧灼,瘘管消退。随行$\overline{6|}$根管塑化治疗。1个多月后$\overline{6|}$瘘管又出现并流脓,转我科治疗。

【查体】 $\overline{6|}$船面白色充填物,冠变色,叩痛不明显,无松动。相应牙槽粘膜、肉芽肿性突起,有瘘口,挤出少许脓液。$\overline{8|}$近中倾斜低位阻生,远中颊尖暴露,近中龈袋深。牙龈红肿不明显,触痛(±),张口度正常。

【辅助检查】 $\overline{6|}$牙片示根尖周牙周膜无异常变化。$\overline{8|}$牙片示:$\overline{8|}$近中倾斜,牙冠近中面之下方牙糟骨镰刀状阴影,边界清。

【初步诊断】 $\overline{8|}$慢性冠周炎伴瘘管。

【治疗】 $\overline{8|}$于2%利多卡因阻滞麻醉下牙槽神经后拔除。服用灭滴灵0.2g,3次/d,共3天。半个月后复查,$\overline{6|}$颊侧牙槽粘膜处肉芽肿性瘘管消失。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　牙槽粘膜上的炎性瘘管,多数是由牙源性因素造成的。$\overline{6|}$颊侧牙槽粘膜上的瘘管,多考虑为$\overline{6|}$感染牙髓所致。又由于$\overline{6|}$本身有龋洞、牙髓坏死,治疗$\overline{6|}$也是正确的;在治疗多次瘘管不愈的情况下,行瘘管上药,瘘管关闭后行$\overline{6|}$塑化治疗,也是常规之处理。

2. 本病案特点　$\overline{8|}$慢性冠周炎所造成的粘膜瘘管正位于$\overline{6|}$之颊侧牙槽粘膜上,且$\overline{6|}$亦有龋病及牙髓坏死,这使首诊医师想当然地认为此瘘管为$\overline{6|}$所致,故而治疗$\overline{6|}$。经多次治疗后,瘘管均未彻底愈合而不知所措。

3. 教训　$\overline{8|}$慢性冠周炎所致瘘管与$\overline{6|}$慢性尖周炎具有共同的特点：牙槽粘膜上均可有瘘管，症状不明显。

$\overline{6|}$慢性尖周炎的特点：一般无自觉症状，若急性发作可有疼痛；牙髓多已坏死，牙齿变色；可有瘘管形成；X线片可见患牙根尖有阴影。

误诊原因分析：$\overline{6|}$颊侧牙槽粘膜上有肉芽肿性瘘管，同时又有龋洞、牙髓坏死。而$\overline{8|}$冠周牙龈又无明显炎症表现，张口度正常，故而认为瘘管为$\overline{6|}$所致。

$\overline{8|}$慢性冠周炎的特点：$\overline{8|}$萌出不全；龈有轻度红肿，自觉症状不明显。抵抗力低时，炎症可急性发作伴有症状；炎症扩散时可沿下颌骨外科线向前行，在口腔前庭粘骨膜下，相当于$\overline{6|}$颊侧粘膜皱折处形成脓肿，一旦破溃，则可在相应部位形成瘘管（当下第一磨牙及其牙周组织存在病变时，极易发生误诊）；X线片显示牙周骨质炎症阴影的存在（病理性骨袋）。

4. 小结　牙源性炎症的扩散途径，与牙槽骨的骨质、解剖结构特点密切相关，熟悉这些特性，有利于指导临床工作，有的放矢的解决问题。

（邓　婧）

$\underline{7|}$断根感染漏管误诊为$\underline{6|}$牙周脓肿瘘管

【病史】 男，58岁。右侧上颌牙龈反复起脓疱半年余。半年前因右侧上颌牙龈肿胀、疼痛在外院诊断为“$\underline{6|}$牙周脓肿”，切开引流，服用灭滴灵0.2g，3次/日，3天后脓疱消退。半个月后此处脓疱又复出现，即行牙龈洁治术，口服灭滴灵，脓疱再次消退。之后，此处出现漏管，经常脓胀、流脓，欲拔牙。患者因惧怕拔牙，而来我科就诊。$\underline{7|}$于20年前拔除。

【查体】 $\underline{7|}$缺失。$\underline{6|}$𬌗面过度磨耗，叩诊略有不适，无松动。牙髓活力测试正常。牙根部分暴露，远中颊根之远中面有浅牙周袋，龈略充血，相邻远中牙槽嵴粘膜一漏管，方向偏向近中。

【辅助检查】 $\underline{6|}$牙片显示，其根周膜清晰宽度正常，牙槽嵴略水平吸收。在其远中颊根中1/3处一断根影像，约4mm×3mm，其冠方牙槽骨有阴影。

【初步诊断】 $\underline{7|}$断根继发感染并龈漏。

【治疗】 于局部麻醉下取出$\underline{7|}$断根，搔刮牙槽骨。随访半年漏管消失，无脓疱出现。

【分析】

1. 误诊误治常规思路原因　当$\underline{6|}$远中牙龈出现脓疱，远中根伴有牙周袋，牙齿有活力，$\underline{7|}$又缺如时，理应考虑$\underline{6|}$牙周脓肿；因第一次仅服用消炎药物而未行牙周洁治术，未能彻底消除病源刺激，这可能是脓疱又复出现的原因，所以第二次就诊时进行了牙周洁治术；在“正确”治疗后，脓疱又反复出现并形成漏管，则认为患牙不能治了，决定拔牙。

2. 本病案特点　牙周病是老年人的常见病，牙龈脓肿多考虑为牙周炎或牙龈炎所致。由于$\underline{7|}$断根与$\underline{6|}$牙根贴近，感染所形成的脓疱在部位上与所误诊的疾病发生

了巧合,使医生误诊为牙周脓肿,在应用牙周洁治术、口服抗生素治疗后,脓疱暂时消失,这更使医生认为此诊断及治疗之正确。但在“正确”治疗后不久,脓疱又复出现,医生则误认为此牙不能治了,欲拔牙。

3. 教训　本病例所患疾病(7┘残根继发感染)与被误诊为的疾病(6┘牙周脓肿)具有共同的特点:局部牙龈形成脓肿,时好时坏,牙龈漏管,服用消炎药有效。

牙周脓肿的特点:①多发生于中老年人患牙周病的牙齿。②脓肿急性发作时在牙齿的唇颊或舌侧牙龈上形成圆形肿胀或突起、红肿,局限跳痛,牙齿有叩痛。③慢性期一般无自觉症状,可稍有不适,脓积于牙周袋内,有时在龈粘膜上形成窦道,叩痛不明显。

误诊原因分析:①由于漏管紧靠6┘之远中牙龈,且6┘有牙周炎的表现,而7┘又缺失,很自然地将漏管归于6┘。②在进行脓肿切开,服消炎药有效的情况下,使医生确信其诊断的正确性。③一些基层医院没有牙片 X 线机,无法做进一步检查。

被误诊疾病(7┘断根继发感染并龈漏)的特点:此病人7┘于 20 年前拔除(情况不详),留有断根,断根在不断向冠方移动的过程中继发感染,造成局部牙龈脓肿,反复发作形成漏道,服用消炎药暂时有效。由于病源未去除,故而在机体抵抗力低下时,时常发作。

4. 小结　长期不愈的漏(瘘)道不外有三种原因:①感染、外伤;②异物;③先天发育异常。应仔细查找,对于松动度不大的牙齿,不要贸然拔除,利用多种辅助检查,明确病因,尽最大努力保存牙列的完整性。

(邓　婧)

┬1牙槽脓肿皮瘘误诊为化脓性淋巴结炎

【病史】 男,16 岁。颏下皮肤瘘管,反复流脓 2 年余。2 年前因颏下突然红肿、疼痛,伴有发热,在乡镇医院诊为颏下淋巴结炎,全身应用消炎药,红肿消退。2 个月后此处又肿胀且破溃流脓,经再次全身应用消炎药,症状控制,但局部形成瘘管,时常流脓。曾就诊于多家医院,均以“颏下淋巴结化脓性炎症致颏下皮瘘”。给予局部换药及全身应用抗生素,不能彻底治愈。否认牙痛史。4 年前颏部曾受外伤。

【查体】 颏下正中皮肤可见直径为 1cm 的紫红色隆起,边界清楚,表面光滑,质软,中央有一瘘口,可挤出少许脓液,压痛不明显。口内查┬1牙冠略有变色,叩痛不明显,无松动,活力测试无反应。牙龈无红肿。

【辅助检查】 ┬1牙片显示根尖周 0.4cm×0.4cm 的圆形阴影,边界不甚清楚。

【初步诊断】 ┬1慢性牙槽脓肿致颏下皮瘘。

【治疗】 ┬1开髓、拔髓(已不成形、略带臭味)、扩根、封甲醛甲酚棉捻消毒,治疗半个月后,颏部皮瘘消失、肉芽肿消退,皮肤仅留有红色斑。┬1行根管充填术,严密封闭根尖孔。3 个月后复查,颏部瘘管未再出现。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　少年患者,颏下红肿、疼痛伴有发热,内外科医生多诊

为颏下淋巴结炎症，全身给予抗生素有效。当颏下再次肿痛并流脓时，仍认为是淋巴结发炎的缘故，全身应用抗生素，局部反复换药，此举也不为错。

2. 本病案特点　由于患者为少年，又无明显的牙痛史，下颌前牙亦无龋病及非龋性牙体病。且首次应用抗生素后炎症消退，使医生确信原先诊断之正确，以至于以后颏下出现皮瘘，经全身及局部用药均不能根除的情况下，仍没有产生疑问，坚信自己的诊断，给病人造成肉体和精神上的痛苦。

3. 教训　$\overline{1|1}$牙槽脓肿所致的颏下皮瘘与颏部化脓性淋巴结炎所致的颏下皮瘘具有共同的特点。瘘道口均在颏下皮肤上，局部红肿、肉芽肿形成，流脓。

颏下化脓性淋巴结炎的特点：多发生于青少年；局部红肿热痛；全身应用抗生素可治愈；若治疗不及时可形成颏下肉芽肿、皮瘘。

误诊原因分析：牙槽脓肿引起的颏下皮瘘，单纯用消炎药及局部处理虽可暂时缓解，但由于病源刺激未能彻底去除(感染牙髓组织)，因而不能彻底治愈。加之病人无明显牙痛史，使医生未想到到口腔中去寻找病因，因此造成治疗失败。

牙槽脓肿所致颏下皮瘘的特点：下颌前牙因龋病、非龋性疾病(楔状缺损、过度磨耗、殆创伤等)造成牙髓坏死，继发感染，导致牙槽脓肿。多数情况下在唇侧牙龈上形成瘘管，但亦有时穿破颏皮肤造成局部肉芽肿和皮瘘。患牙可有变色；患牙活力试验为阴性，拍牙片可见其根尖周病变；通常在彻底去除感染源，根管严密充填后，颏部病变不治自愈。

4. 小结　本例患者 4 年前颏部曾被马踢过，造成了牙齿牙周膜的损伤(牙震荡)，牙髓组织逐渐坏死，继发感染。在抵抗力低时引发了急性牙槽脓肿。

(邓　婧)

右腮腺区放线菌病窦道误诊为非特异性感染窦道

【病史】 女，42 岁。因右腮腺区，颊部软组织持续性肿胀，窦道 3 年而入院。病人于 3 年前无明显诱因地出现右侧腮腺区软组织肿胀，质地硬似板状，皮肤呈暗红色。当地医院考虑为"腮腺炎"，给予口服、静滴抗生素(不详)约 10 天，无明显效果。2 个月后右面颊皮肤出现破溃，窦口不断有少许粘稠脓液渗出。曾行脓液的"细菌培养＋药敏试验"及涂片检查，无阳性结果。病人自发病以来，无全身发热，病变区轻度压痛。1 年前病人出现张口受限，口腔内检查发现$\underline{6|}$残冠，已露髓，考虑"$\underline{6|}$尖周炎并间隙感染"给予$\underline{6|}$行根管治疗，半年后腮腺及颊部区域病变无改善。病人要求治疗而转入我院。

【查体】 中年女性，体质较差，慢性病容。颌面部不对称，右侧面部肿胀，边界不清，触之橡胶状，触痛轻，表面皮肤呈暗紫红色，颊部有窦口，有少量粘稠分泌物，整个病变区范围约 4cm×5.5cm 大小，张口受限Ⅱ°，口内牙列$\frac{86|56}{7|6}$，$\underline{6|}$残冠已修复，叩(－)，余无异常发现。

【辅助检查】 入院后据病情考虑为特殊性感染可能为放线菌病。取脓性分泌物分送镜检及需氧、厌氧菌培养，结果未找到"硫磺颗粒"，细菌培养也无优势菌株发育。

切取活组织送病理检查，镜下见慢性肉芽组织团块内有放线菌的菌体与菌丝，最终临床诊断为颌面部软组织内放线菌病。

【病理诊断】 放线菌病。

【治疗与结果】 确诊后每日用青霉素200万单位，肌肉注射，局部100万单位注射，同时口服10%碘化钾，局部3%过氧化氢冲洗，一月后病人右侧面部肿块明显缩小，窦口消失，基本痊愈，半年后痊愈。肿块消失，开口度正常。

【分析】

1. 本病特点　人类放线菌病是由伊氏放线菌感染所致的慢性特异性炎症过程，病程短则数月，长则十多年甚或几十年。其多发于颌面部（占80%），尤好发于腮腺嚼肌区。放线菌主要寄居于口腔及消化道，如牙龈袋、龋齿、牙石、扁桃体窝等，系革兰氏阳性厌氧菌。其临床表现为软组织肿块、硬结，炎性组织与健康组织无明显分界线，炎性病灶转化后形成小脓肿，表面皮肤发红、变薄起皱折。自行破溃或切开后有浅黄色粘稠脓液溢出，含有淡黄色颗粒状的放线菌线，又称“硫磺颗粒”。但放线菌很快易被氧化而消失，故脓液涂片不一定均能找到“硫磺颗粒”。炎症不断扩展，可形成多个溃疡、窦道与脓瘘，若加杂化脓性病菌，可形成脓肿或蜂窝织炎。治疗以大剂量青霉素G肌肉注射为主，同时配以氧化剂局部治疗。

2. 本病案教训　如果有着对放线菌的正确认识，诊断本病并不困难。在外院的检查说明当时的接诊医生可能已想到了此病的可能，但由于脓液涂片未找到硫磺颗粒即菌体与菌丝，而又未考虑到脓液中的放线菌易被氧化而消失的特点，故而未能作出正确的诊断。这也说明医生不仅要知其然，更要知其所以然。

（贾暮云）

$\overline{|8}$阻生、慢性骨髓炎瘘口误诊为腮腺炎、放线菌病

【病史】 女，37岁。因“左腮腺、颌下区反复肿胀、皮肤破溃溢脓4年”入院。病人于4年前无明显原因地出现左侧颌面发热，继而出现左腮腺、颌下区肿胀，半月后皮肤破溃，溢脓。外院病历曾述脓液中“含少许白色颗粒”，曾在数家医院分别以“慢性化脓性腮腺炎”、“腮腺嚼肌区放线菌病”给予抗炎治疗，面部肿胀、溢脓一度好转，但此后仍反复发作，经中医治疗无效，且腮腺、颌下区反复出现多个溢脓瘘口，遂来我院。病人既往有“胫骨骨髓炎”病史，但无盗汗、咳嗽及长期低热病史。

【查体】 双侧颌面部不对称，左侧腮腺区、颌下、颞部可见多处已愈合之瘘口瘢痕和覆盖脓痂的瘘口间在，形成条索与深部组织粘连，条索均向下颌骨方向延伸，无触痛，张口无受限，腮腺导管口无红肿，挤压腮腺时自导管口流出清亮液体。颌下腺导管口无红肿，左颌下可扪及一约1cm×1.5cm大淋巴结，活动，轻度压痛。口内牙列$\frac{7|7}{8|7}$，未发现有病灶牙。

【辅助检查】 下颌骨全景片，发现$\overline{|8}$横位阻生，周围骨质密度下降；拍胸片未发现肺部有病灶；结核菌素试验阳性；局部取活组织检查，病理报告为“慢性炎症，未找到嗜酸杆菌及放线菌”。

【初步诊断】 ①左颌面部放线菌病？②腮腺嚼肌区结核？③左颌面部牙源性感染？

【治疗】 局麻下拔除$\overline{|8}$，刮除软组织，见白色硬的骨面后，放人碘仿纱条开放创口，术后配合以青霉素800万单位静脉点滴共10天，口服甲硝唑0.4g 3次/d，共6天，1月后复查，面部肿胀消退。1年后复查未再有复发，且颌面部双侧形态对称。

【最后诊断】 $\overline{|8}$(埋伏)病灶性颌骨慢性骨髓炎。

【分析】

1. 本病特点 颌面部感染在成人首先考虑为牙源性，即使是放线菌病，也往往因口腔软组织损伤后才导致发病，因此寻找病因是作出正确诊断及时治疗的关键，在口腔颌面部的感染中，寻找病灶牙应成为首先要找的病因。因此拍下颌骨X线片与口腔内的检查应常规进行。$\overline{8|8}$阻生齿，冠周炎引起的感染可向上、下、舌、颊等多个方向扩散。此病人的$\overline{|8}$由于埋伏阻生，无明显的冠周炎史与症状，是导致误诊的客观原因。由于病人的病变范围广、表现复杂、抗炎治疗不理想，易考虑到其他疾病。而检查手段的遗漏，则是引起误诊的主要方面。

2. 本病人首次发病是以急性炎症表现而就诊，没有在早期依此寻找病源，当脓瘘出现反复发作，又没有用细的软塑胶管探及窦道源头或造影也是不能早日确诊原因之一。

(贾慕云)

左颌下腺慢性炎症致口内外瘘误诊为化脓性淋巴结炎

【病史】 女，68岁。因左颈上部瘘口反复溢脓20余年人院。病人于20年前左颈上部、颌下区经常肿胀、疼痛，当地医院以“淋巴结炎”给予口服中药及中药外敷。其后出现左颈上部皮肤破溃，溢出脓液，颌下区肿胀与疼痛随之减轻。以后瘘口间断溢脓，曾就诊于数家医院，均诊断为“颈部淋巴结结核合并细菌感染”，断断续续给予“青霉素、链霉素”等治疗，瘘口仍持久不愈。2月前病人左侧口底曾排出二个蚕豆大“石块”。病人自发病以来，无明显乏力，无进食时胀痛。

【查体】 左颈上部病变区主要位于颌下。该区域肿胀，触之质硬但无明显边界。左下颌角近颈侧处可见一直径约0.5cm大的瘘口，周围皮肤呈暗褐色并呈桔皮样皱缩，深部可扪及一较硬的条索向左侧口底延伸。口内见左下颌相应第二磨牙处之口底粘膜有一瘘口。颌下腺质硬，边界不清，压之口内、外瘘口均有脓液溢出，但未见有透亮或稀薄液体，颌下腺导管开口处无液体或脓液溢出。舌活动自如，伸舌时中线无偏斜。舌左侧感觉较右侧灵敏，左口底粘膜下质韧，与颌下腺无明显分界，局部有结节状压痛点。

【初步诊断】 左侧颌下腺慢性炎症并口内、外瘘。

【治疗】 局麻下行左颌下腺及瘘管切除术。术中见颌下腺腺体较小，质硬，已纤维化，其周围组织炎性浸润，粘连广泛。从口外皮肤瘘口跟踪切除瘘管与口内相通，结节状压痛处组织内包容约0.2cm×0.3cm×0.2cm大的结石一枚。手术至口底瘘

口时部分粘膜撕裂，口内分层严密缝合。术后第八天病人痊愈出院。

【分析】

1．本病特点　由于病史长达20余年，病人最初的症状难以通过问诊详细了解。后期在数家医院就诊时，典型的颌下腺导管结石的表现已消失，接诊医生所看到的是：持久不愈的“左颈上部”溢脓瘘口；无进食胀痛史；瘘口并无唾液溢出，因此即是有一定的口腔科专业知识，考虑是颈部淋巴结结核也是可能的。遗憾的是，做出“结核”诊断时并没有确切的依据，而只是想当然，并且多少年来一直据此处理。

慢性颌下腺炎多合并有导管结石等阻塞物，此时应有导管阻塞、腺体炎症等，病史多能反映之。随着病情的发展，由于反复炎症、腺体纤维化而导致分泌功能减退至丧失，则阻塞症随之消失。此病人可能当时由于导管结石阻塞，又未能得到正确、及时的治疗，故而导致颌下腺周围组织炎症、破溃、形成瘘口。这样，阻塞症也便消失，因此临床症状不典型。

2．教训　①重视病史的收集。②对临床症状不典型者，应予以更多的考虑，包括进一步的检查。但不应忽视的还应是基本的手法检查。在此医生，若有基本的口腔专业知识，再加上扎实、正确的手法检查，是可以作出正确诊断的。③诊断任何疾病不能轻率，不能随便给病人戴上“某病”的帽子。以后接诊的医生也应有自己的分析，而不要受首诊者思维的干扰。

（贾暮云）

右颌下软组织内异物的误诊

【病史】　男，36岁。因右侧下颌骨下缘处皮肤反复破溃、溢脓2月而入院。病人2月前始出现右侧下颌下缘肿痛，之后皮肤出现花生米大之红肿块，破溃后溢出少许脓性血水样液，持续不愈，并有肉芽组织突出。在当地医院就诊，查口内$\overline{6|}$残冠，遂给予$\overline{6|}$根管治疗后，窦口仍不愈合，并新出现二处同样之破溃。病人于2天前来我院。病人在3月前驾驶汽车因车祸在当地医院行右颌下区清创缝合，第7天拆线后出院。

【查体】　右颌下可见一长约8cm之伤口疤痕，基底呈条索状，局部数处压痛。其上方有三处皮肤破溃之窦口，可见肉芽组织存在。口内$\overline{6|}$残冠，无叩痛，已行根管充填。

【辅助检查】　牙片未见异常。摄下颌骨右侧侧位X线片示颌下区软组织影内有大小不等的密度略高的影像，周界不清。

【初步诊断】　右颌下区软组织内异物。

【治疗】　局麻下行右颌下区软组织内异物探查及取出术，共发现、取出12块大小不等的玻璃片，大者约0.5cm×0.8cm，小者约0.2cm×0.3cm大小，均居瘘口周围的皮下和颈阔肌深面。一期愈合，观察半年未再形成瘘口。

【分析】　类似病例临床上可以碰到，但象该病人局部伤口中遗留12块大小不等的玻璃碎片实乃罕见。在该病例，有二点是应该引以为戒的。一是首次外伤时的清

创缝合。据了解,病人当初受伤时有脑震荡病史,接诊与清创缝合的医生为外科医生。尽管不是口腔颌面外科医生,但软组织清创缝合术的大原则是一致的,在病人没有生命危险的情况下,应予以认真、仔细地清创。此病人当时肯定没得到这种处理。二是病史的重要。假如病人因面部皮肤破溃就诊时所接诊的医生能对病史有所了解,应该能想到组织内异物的可能。

玻璃虽在X线片不显影,但在软组织内因炎性反应,影像密度可略显增高。

(贾暮云)

7┼牙源性瘘管的诊治失误

【病史】 男,14岁。右侧下颌外侧后方皮肤肿痛后形成瘘管3月。病人在3个多月前无明原因出现右侧下颌骨下缘外侧区疼痛,约1周后出现皮肤红肿,渐破溃,溢出脓血性液。口服抗生素(具体不详)时有好转,但面部皮肤破溃处反复结痂、破溃、溢脓、再结痂而不愈合。2月前在当地医院以“面部瘘管”之诊断在局麻下行“瘘管切除术”,术后10天瘘口处再次破溃、溢脓。1月前病人要求转来我院。

【查体】 颌面部双侧不对称,右下颌体部相当于6┐外侧可见一皮肤疤痕,周围皮肤充血,范围约1cm×1.2cm大小,触之质韧,有轻度压痛,未触及有向组织内延伸之条索,中央瘘口已结痂,下颌骨无膨隆,口内检查见牙列$\frac{7|7}{7|7}$,7┐中度龋,8┐来萌,7┐远中牙龈红肿增厚,似有盲袋形成,下颌骨无膨隆,但6┐以后的颊龈沟扪之欠清晰。牙髓活力试验7┐较┌7稍敏感,余(-)。

【辅助检查】 下颌骨全景X线片未有明显骨质破坏区的影像。

【初步诊断】 面部瘘管(原因?)。

【治疗】 经术前准备,局麻下行下颌骨体部探查术+面部瘘管切除术。手术采用口内颊侧牙龈梯形切口翻瓣,暴露下颌骨相当于876┐颊侧骨板,见76┐根端之间有一约0.2cm×0.2cm大小骨质破坏区,内充满肉芽组织。探之直向后上方向延伸,但表面之骨质完好。用骨齿除骨追踪隧道式之骨质破坏区达7┐远中牙槽嵴,此时探查见7┐远中龈形成之盲袋清晰。刮除病变骨质,软组织皮肤瘘口处去除痂皮,又溢出约2ml脓液。刮除肉芽组织、冲洗后予以一期缝合。病理慢性炎症,随访1年未复发。

【最终诊断】 牙源性面部瘘管,7┐远中龈盲袋所致。

【分析】

1. 本病特点　面部瘘管的原因一般有如下几种情况:先天性发育异常;外伤、异物;感染。本病人首先发病的部位是位于下颌骨体外侧,非先天性瘘管可能存在的部位;无外伤史,因此首先考虑到感染可能。颌面部感染在儿童以腺源性最为常见,成人则以牙源性感染最为常见。该病人虽为儿童,但下颌骨体部外侧却非腺体部位,从病史与临床表现上也与淋巴或涎腺之炎症不符,考虑到牙源性感染之可能是正确的。查体时仅发现7┐中度龋坏,7┐相应之骨质扪诊时未见有膨隆;X线片检查未发现有骨质破坏;面部皮肤结痂处入院后渐增大并出现波动感,7┐远中牙龈可探及盲袋,此即该病人的特点。

2. 误诊原因分析　以上特点使得医生的临床诊断难以确立，于是便出现了头痛医头、有瘘即切，术后必复发的情况。究其原因，乃只注重表现而不探究原因所致。临床上病人所有的表现都有其原因，应能找到并予以处理。此病人尽管未发现有明显牙源性感染征象，但从该病人临床特点分析，还是可寻其原因的。7┐中度龋、远中龈盲袋形成，是否是导致感染的因素？考虑到这一点然后有针对性地进行探查，便可能找出答案。

（贾暮云）

第三章 肿　　大

第一节　中线部肿块的误诊

刚从事临床时间不长的年轻医生，对口腔颌面局部肿大这一表现诊治的失误，往往不会自觉察知，特别是对颈侧上方的肿块更是如此。经工作一定年限，能回顾性察觉到有许多不妥之处，又不敢诊断，只有当实践、体会到了有深刻的感受，才能较全面的省悟。之所以有这种临床心态的演变，不仅因为局部肿大是口腔颌面外科最常见的就诊原因，更重要是因颈部"外来性"原因的肿大远比原发性疾病要多。

人体淋巴结半数在头颈部，约150个左右，全身淋巴回流管道中枢也在颈侧，这不仅对头颈部炎症的诊断、治疗有重要的临床意义，也是口腔颌面部及全身他处恶性肿瘤在进展过程中转移的常见部位，所以在确诊颈部原发肿瘤以前，必须用各种方法查找相关部位早期肿瘤可能是这个颈部病灶的原发灶(如甲状腺乳头状囊腺癌，往往极早转移，原发灶很小或不显)；有的病人在以后相当长时间才显现原发灶(如舌根侧方、咽旁原位腺癌)；也有相当多的病人始终未显现原发灶。因此，绝不能迷信个人临床经验，不顾客观事实，无根据的处置颈部局灶性肿大。再者，腮腺淋巴链，其结不管是在筋膜下，还是在腮腺深部，只要围绕腮腺下极、靠近面后静脉和颈外静脉，以及与面动脉和面前静脉相伴的颌下淋巴结群，均系表浅淋巴结，其肿大多数情况下为炎症反应，但临床上容易使医生失误的是，前组腮腺淋巴结最容易受上消化道、上呼吸道恶性肿瘤转移灶的罹患，后组颌下淋巴结常接纳牙槽突和颌骨恶性肿瘤的转移。至于颈深上二腹肌(后腹)下淋巴结最常受到舌和口底肿瘤转移的罹患已是众所周知；如果在乳突尖与下颌骨升支之间的下方深面及胸锁乳突肌后缘深面淋巴结肿大、硬实、固定不动，应想到鼻咽癌的转移灶，如再加有头痛及鼻衄，其确诊几乎无疑。左锁骨上窝的转移灶，应首先想到来自胃癌晚期，其次是来自食管、气管等纵隔器官；右锁骨上窝的应想到腹腔其它器官及同侧乳腺及肺部。

急性非特异性炎性淋巴结，一般原发性的不容易误诊。如果是淋巴结核，多为极缓慢生长、无痛性，年轻人多，在机体状态良好时可缩小，活动，界限清楚，日久可个数增多，也可单一，但机体无重大变化；如果淋巴结坚实很硬、动度差，或相互粘着，呈团块状，无动度，但边界尚清楚，多为转移的腺癌或鳞癌；如果肿大的淋巴结软、光滑、活动，无痛、进展较快，消炎无效，多为恶性淋巴瘤，其晚期也很硬，表面有弹性，皮色呈紫铜色；如果淋巴结一开始就触之"根深"不动，边界不太清楚、发展又快，表面虽软，但实质很硬，应想到未分化癌的转移，多来源于肺部。

还应考虑到，不仅腮腺内含有淋巴结，腮腺区的淋巴结内亦含有涎腺组织，同时

颈部亦是迷走涎腺的好发部位，因此临床上腺内的淋巴结、淋巴结内的涎腺组织及迷走涎腺的原发性肿瘤时有发生，其误诊率相当高；其次是迷走甲状腺及鳃裂愈合过程中的残余组织形成的原发性肿物更是常见的误诊病例之一。

口腔颌面部因部位特殊，具有许多腔、窦、隙、缝、窝及牙齿，均系感染源，常因膨大肿块的破溃坏死和损伤而感染，炎症掩盖了肿瘤的本质，误导了医生的诊治，同时红、肿、热、痛及白细胞增高等表现，不仅是炎症特有的诊断标准，也是许多肿瘤共有的症状，例如，恶性淋巴瘤、骨髓瘤、恶性纤维细胞增生症等均可发热甚高，表现酷似炎症，临床务必全面分析，不可一叶障目。

口腔还有一独特器官——颌骨（骨骼上生有牙齿），颌骨最多见的疾病是膨大的牙源性囊肿，但不能将局部膨隆、X线呈囊性骨破坏的病变都认为是囊肿，还可能是造釉细胞瘤、粘液瘤、巨细胞瘤、化牙骨质纤维瘤等疾病。颌骨中心性恶性肿物，早期不易被发现，当累及到根尖部的齿槽神经时，会出现牙齿麻木、疼痛、松动、牙窝不愈合等，此时多被误诊，当局部肿大而就诊，病情已相当严重。

总之，造成口腔颌面部局部肿大的原因，最常见是肿瘤。但要鉴别真性、假性及瘤样病变，还要鉴别原发性、多原发性、继发性、复发性、转移性等；其次是炎症，主要分急性非特异性化脓性炎症及特异性炎症，少见但误诊率较高的是迷走的胚胎组织及其残余的原发性疾病。面对复杂的临床表现，医生在采集病史时能准确掌握下列材料十分重要：①肿大最早期的确切位置及时间，有否明确原因及诱因，肿大本身的物理特性；②肿大后相继又有症状，还是相反，或单纯肿大；③肿大和症状各自是急性出现还是缓慢进行，二者是同步，还是各自无规律，病情加重或缓解与哪些因素有关；④曾用何种手段诊断和治疗，结果如何？这些资料对全面分析病情，合情合理推断极有价值。

本章案例分中线部位、腮腺区、颈侧及龈和颊部的肿瘤性、先天性、感染性等原因造成肿大的误诊。肿大是口腔颌面外科出现失误较多的临床难题之一。

（金志勤）

唇部错构瘤误诊为海绵状血管瘤

【病史】 病儿6岁，男性。出生时即发现下唇中1/3暗红色肿物，随发育而逐渐增大，无痛及其他不适，曾在外院诊断为“下唇血管瘤”，未行治疗。

【查体】 下唇正中暗红色肿物约2cm×2.5cm大小，边界不清，累及下唇粘膜及皮肤，表面光滑、饱满，压之质软偏韧，有弹性感而难以压缩，体位移动试验(－)，穿刺抽出暗红色血液。

【初步诊断】 下唇海绵状血管瘤。

【治疗】 以“下唇海绵状血管瘤”之诊断行瘤体内注射平阳霉素。注射药物时针头多方向、不同深度穿刺再未能抽出血液。三次注射治疗后瘤体非但未见缩小，反而体积较前增大，质地仍韧。怀疑“海绵状血管瘤”的诊断，遂行彩色多普勒检查，发现瘤体有较多小动、静脉而未有血窦，不支持“海绵状血管瘤”诊断。局麻下行下唇肿物

取活检术,病理报告为“下唇错构瘤”。再次在全麻下行下唇肿物切除术,现术后三年,随访无复发。

【术后病理】 下唇错构瘤。

【分析】

1. 本病案特点 错构瘤系一种先天性发育障碍所形成的瘤样增生,它由一种或多种成分构成,各种成分分化成熟但结构紊乱,一般没有包膜,血管瘤可归属之。由于其内部所含成分比例的不一致,因此临床表现尤其质地也不同。如果单纯系成血管细胞增生所致的海绵状血管瘤,则其质地软,含血窦而具压缩感,体位移动试验阳性,穿刺可抽出暗红色血液。如果瘤体含有较多的其他成分,如肌上皮、纤维或脂肪组织,则质地韧,触之似揉面感,富弹性、无压缩性,穿刺时偶可抽出血液,体位移动试验阴性等而不同于海绵状血管瘤,但浅在者外观极似海绵状血管瘤,尤其表面皮肤有时可见呈网状扩张的细小血管或呈淡红色,更易误认为是血管瘤。尽管多数文献认为血管瘤(也包括淋巴管瘤)归属于错构瘤,但治疗方法与效果却不同。海绵状血管瘤可注射平阳霉素等治疗达到痊愈且不影响形态与功能,错构瘤则只能通过手术切除。因此,将从错构瘤这一笼统概念中进一步在临床具体分类,进行诊断准确的区分是十分必要和重要的。

2. 误诊的原因与教训 对疾病的认识与了解仅局限于其名称,未能从概念及病理等方面全面深刻地认识本病的本质,因此只能以肿块的部位、形态、颜色作为诊断依据,也就不能做出正确的分析与判断,从而选择了不恰当的治疗方案。

(贾暮云)

喉、舌多原发癌的误诊

【病史】 男性。因“发音模糊、声嘶3个月”于1.5个月前就诊于耳鼻咽喉科门诊,经查体,面颈部CT检查及鼻咽镜钳取活组织检查,诊断为“喉鳞癌”,于20天前行“半喉切除术+颈淋巴清扫术”。术后发现病人颏下区皮肤略红,饱满,触诊并未发现明显包块。15天前请口腔科大夫会诊,发现$\overline{4|}$叩痛,意见为“口底牙源性蜂窝织炎”,给予“青霉素800万单位、甲硝唑250ml静脉点滴每日2次,共用药10天,口底肿胀未见好转。2天前病人“喉癌”手术刀口虽已愈合、拆线,仍因口底肿胀再次请口腔外科大夫会诊。

【查体】 颈面部双侧对称,颏下区饱满,扪之质韧偏硬,无明显边界,未扪及明显肿块。表面皮肤略红,有轻度压痛。口内牙列$\frac{7|6}{75|57}$,$\overline{4|}$叩痛。发音因喉癌术后而不清。舌尖活动自如,舌前伸受限,口底舌根处饱满,触之质韧。舌双侧感觉对称无异常。阅病人术前所拍之面颈部CT片,可见舌根部略膨隆,中线处有一较高密度软组织影,范围2.5cm×2.5cm×3.0cm大小,质地均匀,边界欠清,周边略有强化。复习病案记录及CT报告,均对此无描述。追问病史,病人术前即有发音含糊,但发生时间不详。

【处理与结果】 于颏下对肿物进行穿吸涂片检查,病理报告为“腺癌”,但详细分

类困难。因病人及家属拒绝手术和免疫治疗而出院,5个月后病人死亡。

【最后诊断】 面颈部多原发性肿瘤:①喉鳞状上皮癌;②舌根部腺癌。

【分析】

1. 本病案特点 头颈部多原发癌较少见,在口腔颌面部,其发生率约5.7%。本例病人的病变位于二个解剖区域,而病人首先就诊的是耳鼻喉科,故喉癌得以发现并予以治疗。而口底后部舌根处的肿瘤因位置较深在而隐蔽,再加该部软组织较多,有较大的扩展空间,因此较难早期发现。追问病史,病人入院前有发音不清、声嘶,而喉癌也可影响发音,尽管舌根部肿物所致的发音呈"含橄榄音"模糊不清与喉癌的声音嘶哑虽有不同,若问诊及检查时不仔细则极易忽视其差别。由于喉癌的发现,使得医生与病人的注意力被吸引,从而使另一疾病的症状与表现被掩盖。

2. 误诊的分析 此病人经过了三个相关科室的检查仍被误诊:①影像科:阅读病人的CT片时,可能仅注意了临床医师在CT申请单上的描述,忽略了对邻近器官及组织的影像显示,同时反映了读片的不规范性。②耳鼻咽喉科:未能作为一名真正的头颈外科医师,对头颈部进行认真的查体、对病史进行系统详细的问询。对发音性质的认真区别可能是及时发现该病人第二原发癌瘤的最早的简单方法;当在行鼻咽纤维镜检查取活检时,略膨的舌根部形态也未引起经治大夫的注意,又丧失了发现舌根部肿瘤的最佳时机;因受耳鼻喉科医师的CT申请单描述的影响而遗漏了舌根部病灶后的CT片报告,又反过来更误导了耳鼻喉科医师,使临床医师仅局限于其所谓的"专业"狭小区域,至此发生误诊就在所难免了。这也是专业过细的一个弊端。③口腔科:首位会诊医师以常见病、多发病来解释处理病情,而未予以认真的查体、全面的利用原有临床资料,在排除疾病特殊性的条件下,对病情作出正确的判断。认真的查体与询问病史可以:①找出诊断线索;②发现原有诊断是否可疑,通过对原诊断的不断推翻、建立、再推翻、再建立,从而达到正确的诊治。这是任何先进的仪器设备所不能代替的。

(贾暮云)

腭粘液表皮样癌误诊为腭腺囊肿

【病史】 女,38岁。上腭肿物渐增大半月余,于1984年4月12日入院。患者半月前进食时感觉上腭不适,遂用指触摸患处,感觉有一小肿块,偶有隐痛。3天前,自服多种消炎药治疗,不见好转,来院要求手术治疗。既往患者体健,也无外伤和家族病史。

【查体】 专科检查:腭中线硬腭区偏右侧有一稍突起的扁圆形肿物,表面粘膜光滑呈微黄白色,前后径略大于左右径,界清;触诊肿块有明显波动感,不活动,柔软无压痛;肿块约8mm×12mm×5mm大小。穿刺肿块抽出无色液体0.5ml;上颌殆片未见骨质破坏。

【初步诊断】 腭腺囊肿。

【治疗】 在阻滞麻醉下按常规行硬腭囊肿摘除术。手术中钝性分离神经与肿物

之间的组织时，肿物破裂，溢出0.5ml粘液和息肉状圆形物，其表面光滑，呈粉红色，根细蒂长，游离端圆钝稍大，质软而柔；肿物约6mm×10mm×10mm大小，疑为炎性肿块未被重视。继而将肿物摘除，减张对位缝合4针。术后1月复发。依据病理诊断，重新扩大根治，随访3年未见复发。

【术后病理诊断】 腭部高分化型粘液表皮样癌。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　上腭肿物，渐增性长大，囊性，穿刺抽出液体，多被考虑为腭腺囊肿。肿大隐痛，应用消炎药治疗是正确的。

当消炎治疗效果不好，而采取根治性手术切除肿块治疗，也是通常情况下临床医生的操作程序。

术中肿物破裂，溢出0.5ml粘液和实质性息肉状肿物，仍未引起医生的重视，亦未作冰冻切片检查，竟以炎性肿块草率切除，在未扩大切除范围的情况下，减张缝合4针，结束手术。

2. 本病案的特点　上腭部渐增性长大之肿块，穿刺有粘液，是腭腺囊肿的症状和体征之一。手术中肿块破裂，有异常组织流出，未引起手术医生的重视（肿瘤的可能），也未扩大局部手术范围，竟使用错误的所谓减张缝合关闭手术切口。庆幸的是，本病属低度恶性，尚未因手术激惹或粘液外溢而恶化。

3. 教训　本病例中所患疾病（粘液表皮样癌）与被误诊疾病（腭腺囊肿）在该患者身上共有的特点：上腭肿块，界清、光滑、囊性。

腭腺囊肿的特点：

1)腭部局限性囊性肿块，穿刺抽出粘液。

2)手术完整切除肯定可以根治。

误诊误治原因分析：

1)本病患者从包块外形，触诊检查，穿刺诊断等诸方面极易与一般腭腺囊肿相混淆，瘤体的活动性与发病部位有关。本病发病早期未破坏骨质，位于口腔软组织处也不易与囊肿鉴别。本病的失误在于医生的思路始终停留在某一疾病（腭腺囊肿）的诊断上，术中异常情况的发现，也没引起医生的重视，及时想到肿瘤的可能，以更改术式。

2)被误诊疾病（粘液表皮样癌）的特点：

①发生部位极易被忽略误诊。

②该病发生和生长极为缓慢，（高分化者更是如此）。

③痛苦极小。

④高分化型瘤体形态常呈多形性变化和癌巢中发生坏死形成粘液囊肿的病理表现。

⑤后期可侵犯骨质引起破坏。

3)本病例中，对腭部肿块采用手术切开，分离肿块，减张缝合的术式也是欠妥当的，因腭部粘膜骨膜连接紧密，不易分离。一般情况下，对腭部肿块都作肿块及表面

的粘膜一并切除，缺损部位打包缝合，尤其当疑诊腭部肿块为恶性时，更应局部扩大切除，切口边缘也要作病理检查。

4．小结　腭粘液表皮样癌是涎腺肿瘤中较常见的上皮恶性肿瘤。由于该病症状与病理表现各异，易被误诊误治。

本病例并非多见，尤其是高分化型也较少见，若术者临床经验不足，可能会发生误诊和错误术式。在手术中术者虽然发现了肿块呈囊性，囊内为粘液，而且发现了囊内突出的乳头状肿物，这是本病少有的病理形态，但均未引起医生的重视，反而疑诊为炎性物。

对于上腭肿块，应想到恶性肿瘤的可能，首次手术(第一次手术或者说患者仅有的第一次手术)时既应想到恶性肿瘤的可能性，特别是术中不易用良性病解释的症状和体征时，更应高度警惕，不可轻下结论。

（邓　婧　杨佑成）

舌淀粉样变误诊为裂纹舌

【病史】　男，58岁。因“舌体肥大”2年半而就诊。病人于1990年1月始发现舌体较前增大，逐渐加重，并出现舌活动欠灵便、板状感，曾在外院多次以“裂纹舌”、“舌肥大”给予以抗生素为主的药物治疗，舌痛有所缓解。自1992年2月以来，病人自感颈部板状感，于1992年6月来我院于颏下区行取活检术。术中未见到明确肿物，口底肌肉显露后质韧呈板状。术后病理报告为“舌骨上肌群慢性炎症”，给予抗生素静滴1周后自觉症状好转而出院。此后病人曾行中西医结合治疗1月，不仅无效还出现消瘦、乏力、腹泻腹胀等症，于7月收住院。病人家族中无类似病例发生。

【查体】　一般情况差，恶病质状态，T:37.6℃，P:84次/分，R:21次/分，BP:16/8kPa，腹部膨隆，有移动性浊音。专科检查：颌面部双侧对称，双侧颌下及颏下广泛肿胀，肿物质硬如板状，边界不清，表面光滑，不活动，皮肤无弹性。舌体肥大，舌缘可见广泛之牙痕，舌暗红，质硬，活动差。双侧颊部、上下唇内有许多散在或成块的无痛性结节。

【辅助检查】　血常规无异常；ESR:23mm/h；总蛋白：51g/L，白蛋白：31g/L；HBsAg(+)；大便常规：霉菌(+)；抗核抗体(-)；类风湿因子(-)；体液免疫及细胞免疫功能低下；火箭电泳无异常；B超：腹水、肠管积气，未见有占位性病变。肾功正常，尿本周氏蛋白阴性，抗“O”无异常，心电图大致正常。其余检查无特殊发现。

【初步诊断】　①多发性肌炎？②淀粉样变？③恶性淋巴瘤？④深部真菌病？⑤低蛋白血症。

【治疗】　病人入院后欲行全消钡餐检查，因胃内积液而未能进行。局麻下行颌下区肿物活检，病理报告为“横纹肌慢性炎症”。再次于右颌下、下唇分取活检并送行细菌、厌氧菌、真菌培养，未见有细菌发育。病理报告仍为颌下腺慢性炎症。将二次之病理切片经刚果红特殊染色后均呈阳性反应，证实为淀粉样物质，但未见肿瘤区域。拍胸片及胸部CT检查未发现占位病变。髂骨穿刺涂片，骨髓增生欠活跃，但未

找到特殊细胞。因病人拒绝治疗，8个月后死亡。

【病理诊断】 全身性淀粉样变性(原发性)。

【分析】

1. 本病特点　淀粉样变性是一种不可溶性蛋白样物质在一个或一个以上器官的细胞外基质中沉积的综合征，可分为全身性、局灶性、遗传性和获得性。全身性淀粉样变又可分为原发性与继发性二类。前者好发于由中年趋向老年。男性多见，临床表现变幻多端，往往舌、胃肠道、周围神经、皮肤、关节、骨骼肌及心、肾等均有改变，尿本周氏蛋白阳性但无合并病变(如感染、各种炎症、肿瘤等)。继发性淀粉样变中类风湿是最常见的好发因素，此外多见的尚有牛皮癣、皮肌炎、白塞综合征、系统性红斑狼疮、结核、淋巴瘤等。其继发性的单克隆副蛋白不能在血或尿中发现。二者的治疗及预后不良，继发性者关键在于治疗原发病。由于淀粉样物可较早沉积于极显露的舌，故病人常以“巨舌症”之综合征首诊于口腔科。

2. 本病案特点与教训　由于淀粉样变的临床表现与分类的复杂性、病变存在的全身性等特点，使得口腔科大夫往往难以对其作出准确的诊断。该病归属于结缔组织疾病，属内科学范畴，但在口腔颌面部有其表现，舌炎、巨舌常为本病早期症状，约占原发性全身型的40%，而继发性之则少见。从病史上看，早期接诊医师对此病没有认识，导致欲行“舌肥大部分切除整形术”及对症治疗；后来接诊的医生虽考虑到了淀粉样变的可能，但由于本病的复杂性，未能及时予以明确，使得疾病的正确诊断受到延误，错过了及时、正确的治疗时机。作为专科医生，应了解系统疾病的局部表现，及时提出会诊等意见，最大限度地克服专科医师思路与知识的局限性。

（贾慕云）

口底皮样囊肿继发感染误诊为口底蜂窝组织炎

【病史】 女性，15岁。因“口底肿痛10天伴呼吸困难1天”急症就诊于我院。病人于10天前始出现进食、吞咽时疼痛，口底舌下区肿痛。当地医院诊断为“炎症”，给予口服、静脉注射抗生素5天，无明显疗效。1天前病人始出现夜间憋气，不能平卧，转来我院。因呼吸困难由门诊以“口底蜂窝组织炎”急症收住院。病人自发病以来自觉低烧，当地医院体温记录一直在37.8℃左右，否认有牙痛史。

【查体】 少年女性，端坐体位，痛苦面容，一般情况可，体温37.9℃，呼吸轻度困难但无三凹征。颏下区肿胀，皮肤轻度充血、触痛，无凹陷性水肿。口内口底组织肿胀致舌抬高呈双重舌，半开口状，口内外溢涎液，语音不清。粘膜无明显充血及水肿，穿刺抽出脓性液体。门诊医师以“口底蜂窝组织炎”急症收入院。

【辅助检查】 血常规示：WBC：11×10^9/L，N：89%，L：11%。

【初步诊断】 口底蜂窝组织炎。

【治疗】 病房医师接诊后立即按“口底蜂窝组织炎”将病人送入手术室，局麻下首先于颏下横行切口行脓肿切开引流术。切开皮肤后见皮下颈浅筋膜层次清楚，口底肌肉无炎性改变，“口底蜂窝组织炎”的诊断可疑。以血管钳分离口底肌肉，未发现

脓腔。以9号针头穿刺，于舌下口底抽出灰白色脓液，而于颏下术区穿刺则较难穿出脓液。以该穿刺针为引导切开肌肉的深部，所引流出脓液中含豆渣样奶油状物，术后病人呼吸困难消失。术后诊断：口底皮样囊肿继发感染。追问病史，病人此次发病前无有自觉不适感。1周后行口内切口皮样囊肿摘除术，将囊肿完整摘除，5天后出院。病理诊断证实了临床“皮样囊肿”的诊断。

【病理诊断】 口底皮样囊肿。

【分析】

1. 本病案特点 皮样及表皮样囊肿系发育异常所致，颌面部好发于口底、颏下，生长缓慢，早期多无症状。单纯的皮与表皮样囊肿通过临床发生部位、肿物质地及穿刺情况即可作出诊断，但当临床首次发病是以继发感染出现，表现为感染为主，而既往又未发现原发病时易与牙源性等原因的继发性间隙感染相混淆。间隙感染者中毒症状较明显，体温较高，这在此病人均不明显，是为“口底蜂窝组织炎”诊断之疑点。

2. 教训 颌面部间隙感染在成人多为牙源性所致，因此详细的病史与认真的查体(是否有病灶牙)有助于进行初步鉴别。手术医师不能因“急症”而忽略对病史的询问及仔细的查体而更不能盲目相信既往别人的诊断。该病人的血化验和体温均不支持急性蜂窝织炎的诊断，医生仅依口底10天内胀大，高抬舌体，呼吸困难1天作为口底间隙急性感染是严重证据不足；相反，短时间内口底或颏下，或二者同时无明显痛苦的胀大，边界清楚，韧软，应想到皮样囊肿，穿刺可证实。

（贾暮云）

舌根甲状腺误诊为腺样体肥大

舌根甲状腺系在胚胎发育过程中，甲状腺部分或全部未下降而停留于舌盲孔处而形成的。本病可分为2类：①副甲状腺：颈部存在正常位置的甲状腺组织，同时伴有舌甲状腺；②迷走甲状腺：甲状腺组织全部集中于舌根部，颈部正常位置上无甲状腺。本病多见于性成熟期、妊娠期或哺乳期女性，小儿患者少见。临床易被误诊。

【病史】 男，4岁。因睡眠打鼾2年，偶有吐血1年余，于1996年10月8日入院。患儿近2年来睡眠打鼾，反复出现呼吸暂停，呼吸暂停时有明显的腹式呼吸运动和三凹征，同时伴吞咽时轻微不适。近1年来偶尔从口中吐出少许血性唾液，无黑便。曾在当地医院就诊，发现双侧扁桃体Ⅱ度大，暗红色充血，光滑，无脓栓，诊断为扁桃体肥大，行双侧扁桃体无麻下挤切术，手术顺利。术后3个月仍有打鼾，偶有吐血和轻微的含物音。

【查体】 讲话时有轻微含物音，咽部轻充血，双侧扁桃体缺如，扁桃体窝粘膜光滑，间接鼻咽镜检查未能配合。鼻咽部触诊可触及腺样体。双肺呼吸音清，未闻及干、湿罗音及病理性呼吸音。

【初步诊断】 腺样体肥大。

【治疗】 全麻下行腺样体刮除术，麻醉时以麻醉喉镜暴露喉腔时发现舌根部中央直径约1cm大小肿物，呈半圆形，表面暗红。活检时出血较多，快速病理报告为甲

状腺组织，手术停止。行放射性核素^{131}碘扫描，示颈部甲状腺组织存在，舌根肿物为甲状腺组织。

【术后病理诊断】 舌根甲状腺。

【分析】

1. 误诊的思路原因　本例以儿童阻塞性呼吸暂停综合征为主要临床表现，而引起此综合征最常见的原因是扁桃体和腺样体肥大。本例发现双侧扁桃体Ⅱ度大时即臆断为扁桃体肥大所致，而行扁桃体切除术，结果无效。

当扁桃体切除术后症状未见明显好转，故又考虑为腺样体肥大，拟行腺样体刮除术，这也是常规的治疗思路。

虽行咽部检查及鼻咽部触诊，却未注意检查舌根部，存在明显的疏漏。

患儿偶有吐血的症状未被注意。

2. 本病案特点　本例表现为阻塞性睡眠呼吸暂停综合征，且有少量吐血等症状，存在扁桃体Ⅱ度大等体征。故考虑为扁桃体肥大所致，行双侧扁桃体切除术以期解除阻塞，但却无效。3个月后拟行腺样体刮除，幸于麻醉时发现舌根肿物而得以确诊，险些使患儿再进行一次不必要的手术。

3. 教训　本例中所患疾病(舌根甲状腺)与被误诊疾病(腺样体肥大)在该患者身上的共同特点：睡眠打鼾、呼吸不畅。

通常腺样体肥大的特点：

1)常有鼻塞、张口呼吸、睡眠打鼾，可出现听力减退和智力发育障碍。

2)鼻咽部查体可发现腺样体肥大，鼻腔可有分泌物聚积及分泌性中耳炎等。

3)严重者可出现腺样体面容。

4)鼻咽部侧位X线片可显示肥大的腺样体。

误诊原因分析：

1)舌根甲状腺临床少见，缺乏特异性症状，小儿就诊者更属罕见，临床工作中常对此病缺乏足够的认识，易致误诊误治。

2)本例患儿同时存在双侧扁桃体Ⅱ度大，可以缓解睡眠打鼾、呼吸不畅等临床表现，故误诊为扁桃体肥大而行扁桃体切除术，未进一步考虑其他原因。

3)当扁桃体切除术的症状无好转，又拟行腺样体刮除时便存在明显的诊断失误，腺样体肥大无法解释含物音、吞咽不适等症状，此时已行扁桃体切除术，咽腔已相对宽畅，应更详细地查体，以寻找可能导致呼吸阻塞的原因，但却主观臆断，未作全面查体。

4)在整个诊治过程中未注意少量吐血这一症状，扁桃体肥大出现吐血者很罕见，腺样体肥大亦不会致吐血，但本例却未寻找吐血原因。

5)被误诊疾病(舌根甲状腺)的特点：

①可有吞咽不畅、咽异物感、发音不清、呼吸不畅、睡眠打鼾及呼吸困难等。②咽痛及出血，有时出血为首发症状。③甲状腺机能亢进或减退。④查体见舌盲孔处半圆形或椭圆形肿物，表面可有小血管扩张，触之如橡皮感。⑤放射性核素^{131}碘扫描

可确定舌根肿物是否甲状腺及颈部正常位置上是否存在甲状腺。⑥活检可引起表面糜烂、出血或感染，故一般不主张活检。

4. 小结　导致儿童出现阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的原因包括扁桃体肥大、腺样体肥大、鼻中隔偏曲、鼻阻塞、鼻咽部肿痛、会厌谷囊肿、舌根肿物、颈部包块及小下颌等多种原因。尽管其中最常见的是扁桃体肥大和腺样体肥大，在临床工作中也应注意详细检查，排除其他原因，不应一旦发现扁桃体较大就不再考虑其他因素。

舌根甲状腺多位于盲孔处，呈半圆形或椭圆形，表面粘膜小血管稍显扩张，触之如橡皮，偶有轻微波动感，穿刺可有少量血液。临床发现此类肿物应想到舌根甲状腺的可能，行^{131}碘扫描，以便确诊。一般不宜活检，更不得贸然切除。

（孙　彦　吴钦贞）

口底粘膜鳞癌误诊为舌下腺囊肿

【病史】 男，51岁。右侧口底粘膜乳头状突起6个月，于1996年4月8日入院。患者6个月前，发现右侧口底粘膜患一乳头状肿物，生长非常缓慢，无疼痛，有轻度不适感。曾口服消炎药治疗，肿块无明显变化，门诊以“舌下腺囊肿”收入院。既往身体健康。

【查体】 颌面部对称，开口度正常，伸舌居中，舌体运动灵活。右侧口底粘膜(舌下腺表面)乳头状突起，肿物表面约0.5cm×0.3cm，表面粘膜粗糙，边界清，基部无浸润性生长，颌下腺导管分泌正常。口底双合诊，舌下腺体不大，颌下腺导管内未触及结石。颌颈淋巴结无肿大。

【辅助检查】 肝功、肾功无异常，大小便常规正常，白细胞无增高，胸透心肺均正常。

【初步诊断】 右侧舌下腺囊肿。

【治疗】 手术切除舌下腺及乳头状肿物。术中见舌下腺组织正常，无明显囊肿腔隙，乳头状肿物无浸润现象，轻度充血。术后7天痊愈拆线出院。术后病理报告：口底粘膜中分化鳞状细胞癌，第二次行口底肿块扩大切除加同侧舌骨上淋巴结清扫术。

【术后病理诊断】 口底粘膜鳞状细胞癌中度分化。

【分析】

1. 误诊误治常规思路原因　舌下区(口底)粘膜乳头状突起，多被考虑为舌下腺囊肿破溃后遗留之乳头状肉芽组织，这是一般思路。

根治舌下腺囊肿的方法是切除舌下腺及囊壁，通常也是这种治疗方案。

当后来病理诊断为“口底粘膜中分化鳞状细胞癌”时，医生得知本病例属误诊误治，即行第二次手术作口底肿块扩大切除加同侧舌骨上淋巴清扫术。

2. 本病案的特点　口底(舌下腺表面)粘膜乳头状肿块，无痛性生长，是舌下腺囊肿肉芽增生之临床体征之一。在诊断为舌下腺囊肿后，即行根治性措施，舌下腺切除术。然而术后病理诊断为“口底中分化鳞癌”时，医生从误诊误治中省悟，即行“口

底肿块扩大切除加同侧舌骨上淋巴清扫术。

3．教训　本病例中所患疾病（鳞状细胞癌）与被误诊为疾病（舌下腺囊肿）在该患者身上共有的临床体征：口底（舌下腺）粘膜乳头状突起，表面粘膜粗糙，无痛，基部无浸润。

通常情况下舌下腺囊肿的特点：

1）舌下腺表面紫蓝色囊性肿块，破溃后流出粘液。反复发作可有乳头状肉芽组织突出粘膜表面。

2）手术完整切除舌下腺可以根治。

误诊原因分析：

1）口底（舌下腺表面）粘膜乳头状突起6个月，是否由舌下腺囊肿破溃后反复发作而使肉芽组织增生所致，医生并没有仔细询问病史，仅凭主观判断（病史中否认肿块有消长史），以致造成误诊。

2）口底粘膜鳞状细胞癌的特点：①多发生于40～60岁的成人，男多于女。②早期可表现为粘膜白斑，表面粗糙。③晚期可呈菜花状生长，边缘外翻。④常有淋巴结转移。⑤病理多为中度分化。

4．小结　本病案口底粘膜的乳头状突起，表面粗糙，呈肉芽增生样肿物，误诊为舌下腺囊肿后行舌下腺切除术。术后病理诊断为“口底粘膜中度分化鳞状细胞癌”，即行肿瘤扩大切除加舌骨上淋巴结清扫术。

舌下腺囊肿是紫蓝色肿物突出粘膜，破溃后流出粘稠液体，近期内可愈合，也可自破溃处呈乳头状突起。

当口底粘膜乳头状突起，表面粗糙，位于舌系带两侧时，应仔细询问病史，将其来龙去脉搞清楚，不可主观武断，同时应想到口底粘膜鳞状细胞癌的可能。术前或术中需行病理活检，以与舌下腺囊肿相鉴别。

（吴钦贞　杨佑成）

口底粘液腺囊肿激光治疗后误诊为粘液表皮样癌

【病史】　男，35岁。因“右口底淡蓝色肿物1月”；在外院诊断为“粘液腺囊肿”于局麻下行“粘液腺囊肿摘除术”。术后5天发现术区又出现一淡蓝色泡样肿物，约1.0cm×1.0cm大小，再次去该院以“粘液腺囊肿术后复发”给予激光治疗。激光治疗10天后发现口底治疗区局部呈溃疡状，又触及溃疡基底有一浸润块约2.0cm×1.2cm大，病人来我院就治，门诊以“口底肿物？粘液表皮样癌？”收住院。既往诊断无病理证实。

【治疗】　病人入院后因病灶局部充血溃烂而未取活检，直接在全麻下行口底肿物切除术。术后将所送组织行连续病理切片，仅见到炎性组织，未找到肿瘤细胞。

【讨论与教训】　粘液表皮样癌是涎腺最常见的恶性肿瘤。发生于口腔小涎腺者，肿瘤所在区域粘膜下呈淡蓝色是粘液表皮样癌的临床特点之一，此病人的临床表现即以此为特征且反复出现；而粘液腺囊肿临床上也可有此表现，因此术前考虑到粘

液表皮样癌与粘液腺囊肿是应该的,但二者在体征检查上的不同可资鉴别。此病例错误处理的关键,一是未对所切除组织及时送病理检查,二是在于诊治医生对激光治疗后组织变化未能认识。激光外科的物理学基础是其热效应,可以使组织蛋白变性、凝固、碳化,所形成的创面较锐利器械所致创面的愈合时间为长,约需半个月以上,尤其在口腔中,其愈合时间更长。假若接诊医生能够了解到这一点,对此病人在重视粘液表皮样癌可能的前提下,再观察随访 10～15 天,则可发现溃疡面逐渐愈合、浸润块缩小或消失,从而避免了一次错误的手术。

手术原则是根据肿瘤的良恶性质,不失原则的可靠方法是术前或术中作病理检查。

(贾慕云)

腭部淋巴瘤误诊为炎症、坏死性肉芽肿

【病史】 男,38 岁。"腭部肿痛、溃疡 45 天"。于 45 天前无明显原因上腭前方稍痛,自检有破溃,未介意,逐渐扩大,30 天前腭部中缝处也溃疡。到县医院就诊,以"腺周口疮"诊断,口服抗生素、维生素及给予局部封闭等治疗,无何疗效。病人渐出现低热、乏力等表现,且溃疡面继续扩大,可探及硬腭骨质。当地医院曾怀疑恶性肿瘤而取活检,病理报告为"炎症"而不能确诊,转来我院。

【查体】 认真查体发现病人腋窝及腹股沟淋巴结均可触及,多呈 1.0cm×1.0cm 大小。专科检查:颌面部双侧对称,未扪及肿物,双侧颈部可扪及数枚约 1.0cm×1.0cm 大的淋巴结,活动,轻度压痛。腭部中缝处溃疡 2.0cm×3.5cm 大小,可探及硬腭骨质,骨面不光滑,表面覆以灰白色坏死物,触痛轻,口臭明显。冠状面 CT 检查,发现硬腭骨几近穿透破坏。取活检,病理报告仍为炎症。

【辅助检查】 拍胸片及 B 超检查,均未发现异常。

【初步诊断】 中线恶性肉芽肿?

【治疗】 取颈部淋巴结及腭部溃疡处组织活检并行免疫组化分析,诊断为非何杰金淋巴瘤,病人转肿瘤科放疗并化疗。

【病理诊断】 非何杰金淋巴瘤。

【分析】

1. 本病特点　恶性淋巴瘤可发生于全身多种器官或组织,但绝大多数原发于淋巴组织或淋巴结,尤其是颈部淋巴结。其分类(主要是非何杰金淋巴瘤)复杂,但随着各种肿瘤标记物的发现、免疫组织化学的发展,许多疾病的诊断变得更为准确,如许多原诊断为淋巴结反应性增生的病变,现经免疫组化研究,证实为恶性淋巴瘤。因此作为临床医师对此应有所了解。淋巴瘤在临床上的表现多种多样,近几年似有增加趋势。恶性肉芽肿又称中线型坏死性肉芽肿,不是一个独立的疾病,而是由病因、发病机制、病变性质、治疗与预后等诸方面均不尽相同的疾病引起的一组进展性、致死性临床综合征,其至少有以下几大类疾病引起:①特殊性感染;②自身免疫性血管炎性疾患;③肿瘤性疾患;④特发性中线破坏性疾患。因此,临床进行更进一步的分类

与诊断是必要的。

2. 教训 随着对某些组织、器官结构及功能的进一步认识，随之对疾病的认识与命名也发生了变化，直接影响着对疾病的治疗效果，临床医生对此应有充分的了解。恶性淋巴瘤在头颈部的患病率近年来有所增加，对于疑为恶性肿物，而活组织检查反复为“炎性组织”者，应首先考虑到是否为恶性淋巴瘤的可能。

（贾暮云）

舌根部异物脓肿误诊为恶性肿瘤

【病史】 男，56岁。因左侧舌根部痛、异物感5天就诊。查体：全身一般情况好，颌面部双侧对称，仅有左舌根部轻度触痛，但未触及明显肿物。CT检查显示，左侧舌根近口底部有一低密度影，呈哑铃状，周围边界较清楚，有增强现象。门诊以“舌根部肿物，恶性可能”收住院。

【初步诊断】 舌根部恶性肿物？

【治疗】 入院后经准备于全麻下经左侧口角入路锯断下颌角行肿物切除术。手术至肿物处时，发现肿物与周围之舌肌粘连，无明确边界。分离肿物不慎而破溃，溢出约5ml脓性液体后肿块基本消失。取中央病变组织快速活检行冰冻切片检查，报告为横纹肌炎症，可见到异物巨细胞反应。但手术中未发现有明确异物，术后追问病史，病人于2个月前食鱼时曾有鱼刺扎伤左侧舌根处，约4～5天后疼痛等渐轻，未予以重视。

【出院诊断】 左舌根异物反应性脓肿。

【分析】 本病具以下特点：病人经检查未发现肿块而行CT检查是必要的。CT片所显示的影像学表现，颇似恶性肿瘤。关键还是病史的询问。假如询问病史时得知了鱼刺刺伤的病史，结合临床，再给予恰当的穿刺（穿刺出脓液）和临床治疗观察，病人即可免除这一非必要的手术。

（贾暮云）

舌根部血管瘤误诊为肿瘤

【病史】 男，46岁。因发现右舌根部无痛性肿物2个月而入院。病人于2个月前偶发现左侧舌根部长一暗红色肿物，无不适。在当地医院曾给予抗生素口服但无效，又未能明确诊断。入我院后追问病史，病人有多年打鼾史，余无特殊。

【查体】 颌面部双侧对称，未发现肿物。口内左舌根部可见略膨胀呈紫红色，因位置靠后，视诊欠清。触之肿物无边界，质地韧，与周边舌背组织无明显区别。

【辅助检查】 CT检查显示：左舌根部密度略高影，强化后密度增高。

【初步诊断】 左舌根部肿物，恶性瘤可能。

【治疗】 入院后经准备，在全麻下左舌根部肿物探查切除术。术中见肿物非实体瘤，切除时出血凶猛，与周围组织无明确边界。予以边切除边缝扎，但未能将瘤体完全切除。对残余之瘤体于术后用平阳霉素局部注射共3次，随访3年，至今未复发。

【病理诊断】 舌根部血管瘤,混合型。

【分析】 舌为肌性器官,表面被覆以粘膜,又因各种舌乳头相伴,有时与混合性血管瘤不易区别;舌根部因位置靠后、深在,牵舌检查时多呈质韧感,故瘤体难扪及,同时穿刺检查进行困难,但更重要的是穿刺检查多被忽视,依此误诊导致误治成为必然。如果术前请耳鼻喉科会诊舌咽部,作鼻咽镜检查,及术中全麻下送快速病理,都会明确诊断,从而确定手术及治疗方案。

(贾暮云)

颌下腺腺样囊性癌误诊为颌下腺炎

【病史】 女,42岁。因右侧颌下区进食时反复胀痛伴舌麻木感3个月就诊。病人于3个月前右侧颌下区不适,每进食时胀痛,伴右侧舌麻木感,曾于2月前来我院,诊断为"颌下腺炎",经静脉应用"青霉素"640万单位,口服甲硝唑共5天,颌下区肿胀症状减轻但一直未愈,舌麻木感则无变化。当时曾建议病人手术摘除颌下腺,因病人原因未能实施。近1个月前病人右颌下区胀痛持续加重,不进食时也有不适感,遂来院再次就诊。

【查体】 颌面部双侧不对称,右颌下区可见一肿物,触之约3cm×3cm大,表面尚光滑,质韧,深部基底触不清。口内见右侧口底条索状肿物达颌下腺导管开口处之舌下肉阜,局部压痛。挤压颌下肿物,导管口有少许脓性分泌物溢出。舌活动自如,伸舌无偏斜,右半侧舌感觉迟钝,余(-)。

【辅助检查】 咬殆片未发现有导管结石。

【初步诊断】 右侧颌下腺导管结石并阻塞性颌下腺慢性炎症。

【治疗】 病人入院后经准备,在局麻下拟行右侧颌下腺摘除术及导管取石术。术中发现右颌下腺深面及延长部长一实性瘤体,向口底方向延伸,取部分瘤体送冰冻切片,报告为"腺样囊性癌"。予以切除颌下腺及瘤体后关闭切口。三天后病理报告为"(颌下腺)腺样囊性癌"。一周后全麻下行口底、半舌及部分下颌骨切除术加颈淋巴清扫术,术后转肿瘤科继续治疗。

【病理诊断】 颌下腺腺样囊性癌。

【分析】

1. 本病案特点 腺样囊性癌是涎腺常见的恶性肿瘤之一,是颌下腺最常见的恶性肿瘤。浸润性极强是腺样囊性癌的显著特点,常随组织间隙向周围蔓延扩展,尤其嗜于沿着或围绕纤维生长,极易浸润神经,也可围绕或紧贴血管。因此颌下腺腺样囊性癌可沿口底颌下腺导管、舌神经向口底扩展,出现口底条索状浸润肿物及舌麻木。由于肿瘤位于颌下腺腺体延长部,可压迫颌下腺导管产生阻塞症状,呈现典型的阻塞性颌下腺炎表现。而颌下腺导管结石可导致颌下腺导管及腺体的反复炎症,久而久之可出现导管及腺体的纤维化,口内触诊发现导管呈条索状,可触(或拍)到结石,也可触(或拍)不到结石。严重者炎性反应累及舌神经,也可出现舌麻木,因此二者间的临床体征表现重迭,相互误诊的情况并不少见。

2. 本病案教训　颌下腺腺样囊性癌与颌下腺导管结石并慢性颌下腺炎虽然在体征上有时非常相似，但病史与症状却不相同。后者导管结石的症状在前，少有舌麻者，前者则往往先有颌下不适感，再出现口底条索，其临床双合诊应能触到瘤体，而颌下腺炎只能触及颌下腺。尽管临床上二者的误诊并不罕见，但只要通过认真的问病史与查体，还是容易区别开来的。

（樊功为　邓　婧）

异位甲状腺误诊为甲状舌管囊肿

【病例1】　女，56岁。颈部触到无痛性肿块1年余。肿块位于颈前舌骨区，有弹性，约1cm×1.5cm大小，随吞咽上下活动，初诊为“甲状舌管囊肿”，在局麻下完整切除的肿块呈暗红色，约1cm×1.5cm×1cm大小，质地较硬，术后病理诊断：甲状腺组织。

【病例2】　女，12岁。偶然发现颈部无痛性肿块2个月。肿块位于颈前区舌骨水平，呈球形、有弹性，约2cm×2cm大小，与皮肤无粘连，吞咽时可随舌骨上下移动，初诊为“甲状舌管囊肿”。手术切除之肿块呈紫红色，约2cm×2.5cm大小，质地较硬，基底部有条索状组织通向舌骨体。病理诊断：甲状腺组织。一个月后复诊患儿出现嗜睡，反应迟钝，食欲下降、肢体浮肿。检查：T_3＜0.5ng/ml，T_4＜20ng/ml，TSH＞50μlu/ml。胸部以上同位素扫描未见甲状腺影迹。以甲状腺素代替治疗。

【病例3】　女，38岁。颈部无痛性肿块4个月。肿块位于颈前舌骨区偏左，球形，有弹性，约1.5cm×1.5cm大小，随吞咽上下活动。初诊为“甲状舌管囊肿”，在局麻下手术。术中考虑可能为异位甲状腺组织，未行切除，取少量组织病理检查为：甲状腺组织。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　颈部肿块，圆形或卵圆形，随吞咽而上下活动，多被考虑为“甲状舌管囊肿”，应用常规手术切除。

虽切除肿块呈暗紫色，病理诊断为甲状腺组织，第2例病人，又重蹈覆辙，有不少基层医生常常这样，屡屡以教训告终。

2. 本病案的特点　颈部肿块，是临床常见的，当肿块随吞咽而上下活动时，成为甲状舌管囊肿的首要体征之一。但手术中，见肿块呈暗紫色，切除后病理诊断为甲状腺组织，不仅未引起医生的警惕，用同样的手段对待同样的病人，不加思考地切除，完全切除异位甲状腺后，至颈部缺少甲状腺组织后，出现甲状腺机能减退，乃至以甲状腺素代替治疗。

3. 教训　颈部肿块，三例病人，血的教训，是何原因引人误诊。

本组病例三人所患共同疾病（异位甲状腺）与被误诊为（甲状舌管囊肿）的疾病在该患者身上共有的特点：颈部肿块，随吞咽而上下活动。

通常情况下，甲状舌管囊肿的特点：

1）颈部中线上的肿块，随吞咽，伸舌上下活动，左右活动差。

2)肿块呈囊性,术中见其与舌骨相关连。

3)手术切除囊肿(包括中段舌骨),肯定可以根治。

误诊原因分析:

1)手术医生,按误诊疾病甲状腺舌管囊肿行手术治疗,术中见肿块非囊性,且呈暗紫色,未引起警惕,竟常规手术切除。暗紫色肿块为甲状腺组织的特殊征象,不仅未引起重视,相继又施行切除第二例肿块的错误方案,使其原位无甲状腺的病人,陷入困境。

2)被误诊疾病异位甲状腺的特点:①部分甲状腺组织位于颈上部或舌根,而原位甲状腺依然存在。②甲状腺组织完全异位于颈上部或舌根,而原位(颈下部锁骨上窝)无甲状腺组织。③异位甲状腺以无痛性肿块出现。④无痛苦。⑤对疑有异位之甲状腺的手术,术前应常规行^{131}碘测定。

4. 小结　甲状腺组织异位,最常见的部位是颈上部舌骨水平,其次是舌根部。可以是部分甲状腺异位,也可以是全甲状腺异位。甲状腺异位后,除局部肿块外,并无其它临床症状。

异部甲状腺误诊为甲状舌管囊肿,行手术切除,手术中术者依据肿块的形态、质地,应想到本病。尽管是没有想到,病理报告第一例后,第二例病人应避免。

三例病人术中应作冰冻病理检查,明确诊断后,再行手术切除肿块。第三例患者疑为甲状腺组织,未切除肿物,术后病理诊断为甲状腺组织,其中有很大的侥幸。

5. 对疑有异位甲状腺者,术前均应行甲状腺位置及功能测定,以指导手术。

(杨佑成　吴钦贞)

纤维性淋巴结炎误诊为甲状舌管囊肿

【病史】 女,22岁。颏下肿物一年。于1992年11月6日住院。患者一年前颏下长一肿物,呈圆形,慢性增大,因时大时小,多次应用抗生素治疗,均有效。在多次治疗后,肿物虽有缩小,仍可随吞咽而上下移动,拟诊为"甲状舌管囊肿"收入院。

【查体】 颏下肿物约为2cm×2cm×1cm大小,质地柔软,肿物活动差。当伸舌或吞咽时肿块可随之上下活动。血常规检查正常,肝功能无异常。未行肿块穿刺检查。既往无结核病史。

【初步诊断】 甲状舌管囊肿。

【治疗】 手术切除肿块。术中见肿物实质性,位于舌骨水平,与周围组织粘连,并与舌骨骨膜亦粘连,但未发现有蒂性条索状物。随之摘除肿物,切除舌骨中段,并将舌骨上肌群作柱状切除。

【术后病理诊断】 纤维性淋巴结炎症。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)颈中线肿物,随吞咽、伸舌而上下活动,多被考虑为"甲状舌管囊肿",当肿物继发感染时,多次应用抗生素消炎治疗是正确的。

(2)抗炎治疗后，采取根治性手术切除肿物，也通常是临床医生的操作程序。

(3)术中发现肿物与舌骨发生明显粘连带，即认为是囊肿的蒂穿过舌骨中段达舌盲孔之经路，故将舌骨中段切除，并将舌骨上肌群也作柱状切除，可谓手术失误。

2. 本病案的特点　颈部中线肿物，抗炎治疗后，经查与伸舌、吞咽关系密切。肿物发生上下移动，这是甲状舌骨囊肿的临床首要特征之一。但是，手术中肿物与舌骨之间本来没有蒂状连接关系，不仅未引起医生的警惕，竟仅凭借周围软组织粘连就作了舌骨中段切除，使病人接受不必要的扩大手术之损失。

3. 教训　颈部淋巴结因炎症、结核，甚至转移性病灶，临床极易相互误诊，许多种情况下是在手术后才明确诊断的。

(1)本病例中所患疾病(纤维性淋巴结炎)与被误诊疾(甲状舌管囊肿)在临床上有着共同的特点：颈中线肿物，随伸舌、吞咽，肿物上下活动，术中肿块与舌骨粘连。

(2)通常情况下，甲状舌管囊肿的特点：

1)颈部中线上的肿物。

2)肿块可随伸舌、吞咽而发生上下移动。

3)手术摘除肿物，切除中段舌骨及舌骨上部分肌肉通道可以根治。

(3)误诊原因分析：

1)感染会使肿物的临床表现发生改变，囊肿感染时可因感染而破溃，使其特征性发生变化而误为炎症或结核。

2)淋巴结的炎症若突破淋巴结包膜与其周围的组织发生粘连时，会造成临床表现的假象而发生误诊。本病例因颏下淋巴结的慢性炎症而与舌骨周围组织发生粘连，作吞咽运动或伸舌时，肿物则随之上下活动，酷似甲状舌管囊肿的临床表现，因而误诊为甲状舌管囊肿。然而这种淋巴结，在临床上多被称为纤维性淋巴结，无病理意义，并不需要治疗，但若误诊则接受不必要的手术。

3)纤维性淋巴结炎的临床特点：

①颈部活动性肿物。

②肿物继发感染时可随伸舌或吞咽活动而上下活动。

③手术中见肿物实性，感染时可与舌骨及其周围组织发生粘连。

④因无病理意义无需要治疗。

4)由于肿物好发部位的变异，颈部所谓中线性肿物主要有口底皮样囊肿和甲状舌管囊肿，这种中线性肿物常会偏离中线。甲状舌管囊肿的水平位置一般在舌骨上，但临床上也可见到位于舌骨下甚至甲状软骨以下者。上述肿物的好发部位的变异常导致临床误诊。

4. 小结　颈部肿物继发感染，会使肿物的临床表现发生改变，从而发生错误的诊断。

(1)颈部纤维性淋巴结感染后，与周围组织发生粘连，当与舌骨发生粘连时，临床上出现随伸舌运动肿块发生上下移动，易被误诊为甲状舌管囊肿。

(2)手术中，术者应有能力区别是甲状舌管囊肿的蒂通过舌骨中段，还是肿物因

感染而与舌骨及周围组织发生粘连，避免手术中失误。

（杨佑成）

舌粘膜下纤维变性误诊为舌癌

【病史】 女，57岁。因右侧舌缘无痛性肿块生长年余入院。患者1年前偶然发现右侧舌边缘似有肿物生长，初无不适，未治。肿块逐渐增大，在当地医院就诊为“炎症”。给予抗生素治疗无效。近2月来肿块渐大至影响舌体运动，语言、进食不便，来院就诊。患者平素健康，无特殊病史。

【查体】 口腔粘膜完好。右侧舌缘以叶状乳头为中心可扪及一边界不清的肿块，约2cm×4cm大小，均质较弥散，无动度。表面舌粘膜色较苍白，但无糜烂或溃疡，舌感觉无异常。静止时舌体形态大致正常，右侧较左侧丰满。伸舌时舌尖偏患侧。牙齿$\begin{array}{c|c} 76 & \\ \hline 6 & 12 \end{array}$缺如，余牙(－)。双侧颌下及颈部未触及肿大之淋巴结。

【辅助检查】 CT检查，示右侧舌体前2/3与后1/3交界为中心至下颌骨内侧口底边界不清之软组织包块，无骨质破坏。

【初步诊断】 舌癌。

【治疗】 入院1周后行局部切取活检以期明确病理类型，病理报告为：舌粘膜形态正常，粘膜下可见大量淋巴细胞与浆细胞浸润，结缔组织致密，未查见肿瘤细胞。经讨论疑为标本切取部位不当，再次行切取活检，结果同前。入院半月后局麻下行舌肿物切除术。术中见患处舌粘膜较正常处光滑，角化严重，“肿块”紧贴粘膜，不易剥离，质地致密，约1.0cm～1.5cm厚，未侵及肌层。舌神经紧贴“肿块”，无粘连。“肿块”切除后创口拉拢缝合，创口一期愈合。

与病理科共同检查H-E染色病理切片：肿块表层舌与口底粘膜角质层厚，部分过度角化。固有层钉突变短，胶原纤维厚大，量多，排列紊乱，多处玻璃样变，血管成分明显减少。固有层及粘膜下层可见大量淋巴细胞与浆细胞浸润。

【术后病理诊断】 舌粘膜下纤维变性。

【分析】

1. 误诊原因　本病例主诉清楚，病史简单，因而不易产生将医生思路引入歧途的作用。误诊原因主要在临床表现和体征方面。首先，肿块发生部位为舌癌好发部位，且呈无痛性持续生长，但抗生素治疗无效。检查见肿块边界不清，尤其是舌体运动障碍，均可使医生联想到舌癌的特点，加之CT示舌部边界不清之软组织肿块，因而提出舌癌的诊断是有一定根据的。另一方面，接诊医生显然是仅仅满足了以上体征表现，而忽略了另一疑点，即舌粘膜完整，无溃疡、坏死。既使为低度恶性肿瘤，原发于粘膜，表面的溃疡、坏死和局部硬结也是应当存在的。再者发病部位邻近舌神经与舌下神经，且已出现舌的运动受限，而舌的感觉却无异常，此点亦被忽视。

纤维变性是比较少见的疾病，它与低度恶性肿瘤有类似的表现；无痛性加重，可形成局部肿块，严重时影响舌体的活动性，临床的确不易区分。其实，本病例首次活检报告足以让医生想到肿块可能为纤维变性，但因舌癌的诊断已先入为主，顺此思

路，很自然想到标本切取不好，未切到肿瘤，致使继续误诊。第二次活检报告方引起医生警觉，避免了严重后果。

2. 本病案特点　本病案主诉与病史简单，无法给医生提供较广阔的思考线索，临床表现和体征与肿瘤相互交叉，特别是舌运动受限，最常发生于恶性肿瘤，纤维变性临床上较为少见，造成医生按常规常见病的思路一直走下去，忽略了很多临床表现和体征可出现在多种性质完全不同的疾病上，这一点极为重要。

3. 教训与总结　首先要增强医生本身的理论与实践水平，只有这样，才能思路开阔而不拘泥于一点。多角度思考，排除疑点干扰，找到疾病本质所在。其次在主诉病史不能提供充分的思考空间时，只能依据现有的临床表现和体征作出诊断，这时应考虑到同一种或几种临床表现在很多种疾病中是共存、交叉的，相互掩盖，仅满足于这些共有体征而忽略了哪怕是细微的特有体征是不行的。如本病例舌肿块无表面溃疡坏死，亦无局部硬结，"肿瘤"体积已达 T_3，尚无舌感觉异常等表现均提示为非恶性肿瘤，甚至也可足以说明初步诊断有问题。如在本例病理已提供有力证据说明肿块并非肿瘤的情况下，仍想不到其它方面的因素，按原有的狭窄思路而造成误诊。

（魏奉才）

上颌窦恶性淋巴瘤误诊为牙源性上颌窦炎

恶性淋巴瘤是发生于淋巴网状组织的恶性肿瘤，头颈部为其好发部位之一。文献报告，早期病人的 5 年生存率可达 58.3%，而晚期仅 19.8%，表明早期诊断极为重要。但恶性淋巴瘤的临床表现复杂，易被误诊。

【病史】 男，32 岁。因右侧鼻塞、面部肿胀 2 个月于 1992 年 7 月 10 日就诊。患者 2 月前无明显诱因右侧持续性鼻塞，右侧面部肿胀，偶有轻度头痛，无时间规律性。曾在当地医院诊断为急性上颌窦炎，给予 1%麻黄素滴鼻，大剂量青霉素静滴 10 余日无效，肿胀渐重。请口腔科会诊，发现$\frac{5}{}$龋齿，右侧上颌牙龈肿胀、出血，摄鼻窦 Water位 X 线片示右侧上颌窦密度增高，诊断为右侧牙源性上颌窦炎，拔除$\frac{5}{}$牙齿，静脉点滴环丙沙星 200mg、甲硝唑 500mg，每日 2 次，治疗 15 天无效。曾行右上颌窦穿刺，抽出少许血性物，涂片报告为炎性细胞，未抽出脓液或气体。

【查体】 一般情况可，右侧面颊部肿胀明显，皮肤轻度充血，无压痛，眼睑水肿，右侧内眦部皮肤溃烂；右侧鼻腔粘膜充血、肿胀，鼻腔外侧壁内移，总鼻道狭窄，鼻粘膜表面附有灰白色污浊的伪膜样物，右侧上颌牙龈处糜烂、增殖。

【辅助检查】 CT 示右侧上颌骨广泛骨质破坏，上颌窦及面颊部软组织肿物，提示恶性肿瘤。胸透及腹部 B 超未见异常。血常规检查除血红蛋白 103g/L 外，均在正常范围。于右侧颊龈沟处活检，报告为恶性淋巴瘤（T 细胞型）。

【初步诊断】 上颌窦恶性淋巴瘤。

【分析】

1. 原误诊医生的常规思路原因　急性鼻窦炎是十分常见的疾病，本例早期就诊时曾有鼻塞、面部肿胀等症状，极易误诊为急性鼻窦炎而行抗感染治疗。

按鼻窦炎进行较长时间的抗感染治疗未收良效，病情反而加重，故考虑到可能有未能去除的病因，而请口腔科会诊，恰好发现斗龋齿，故予拔除患牙，此亦属常规方法。

患者拔牙后又进行长达15天的抗感染治疗，症状日渐加重，反复于耳鼻咽喉科和口腔科就诊，未再考虑到其他疾病的可能，上颌窦穿刺涂片报告查到炎性细胞更诱使医生忽视了恶性肿瘤，直至病变发展得相当广泛，方活检确诊。

2．本病案的特点　本例以鼻塞、面部肿胀、偶有轻度头痛为首发症状，按急性鼻窦炎抗感染治疗无效，加之发现斗龋齿，更考虑属牙源性上颌窦炎，经拔牙及抗感染不仅无效，反而病情加重迅速，肿胀加剧，出现破溃，始想到活检定性，方得确诊，致使诊断延误2月之久。

3．教训　本病例中所患疾病(上颌窦恶性淋巴瘤)与被误诊的疾病(牙源性上颌窦炎)在该患者身上的共同特点：鼻塞、面部肿胀。

通常牙源性上颌窦炎的特点：

1)患侧鼻塞、流臭脓涕。

2)头痛及上颌窦区痛，疼痛多在下午出现或下午加重。

3)有龋齿或牙周炎病史。

4)查体可有颊部及眶下部红肿，上颌窦区有压痛或叩痛，中鼻甲、鼻后孔可见脓涕。口腔可发现病灶牙或瘘管存在。

5)上颌窦穿刺可冲洗出恶臭的脓性分泌物。

6)鼻窦X线片可见上颌窦密度增高，X线全景片可发现患牙及牙槽病变。

误诊原因：

1)本例在长达2个月的过程中屡次就医均被误诊，其原因是多方面的。首先接诊医生对急性鼻窦炎、牙源性上颌窦炎的临床特征缺乏深刻的认识，如鼻塞、头痛等有其特点，未仔细检查鼻腔改变，未注意有无中鼻道脓性分泌物等上颌窦炎的重要体征，主观臆断为鼻窦炎。第二，口腔科发现龋齿后并未深入分析其与面部肿胀、鼻塞是否有内在联系，草率诊断为牙源性上颌窦炎。第三，上颌窦穿刺未抽出脓液或气体，提示上颌窦腔可能为实质性，应充分考虑到可能存在肿瘤，但却未引起重视。涂片细胞学检验报告为炎症的临床可靠性很差，但却给人以可确诊为炎症的误导。第四，当出现肿块及溃烂时仍未活检，违背了诊断原则。第五，不熟悉恶性淋巴瘤的临床特点也是误诊的重要原因。

2)被误诊疾病(上颌窦恶性淋巴瘤)的特点：

①好发于青年或成年人。

②肿物生长快、瘤体较大、病程较短。

③局部充血、疼痛等炎症反应不明显。

④局部表现可颇似感染，但末梢血白细胞总数可正常甚至下降。

⑤应用大剂量抗生素治疗效果不明显，病情反而有加重的趋势。

⑥早期X线或CT检查无特异性，晚期有骨质破坏则易于发现。

⑦可能同时存在其他部位的恶性淋巴瘤。

4．小结　头颈部是恶性淋巴瘤的好发部位，上颌窦恶性淋巴瘤表现较为复杂、多样，应熟悉恶性淋巴瘤的临床特点，以期早期诊断。

对颌面部肿物，若无特殊禁忌，应及时活检定性，以免误诊。

CT对上颌窦肿瘤有重要的诊断价值，临床应正确应用。

（吴钦贞）

第二节　腮腺区肿大的诊治失误

深叶腮腺癌误诊为骨化纤维瘤

腮腺区恶性肿瘤临床上较为常见，多在术中行快速冰冻或术后病理得以明确诊断。但由于该处肿瘤的多样性与部位的多变性。临床上也可造成误诊。

【病史】　女，46岁。左侧下颌角区肿块4年，生长加快1月，于1992年4月入院。患者4年前即发现左侧下颌角区肥大，后发现长一肿块，无任何症状。从未治疗。近1月肿物生长加快。局部有酸胀钝痛感。病史中无发烧、外伤等。

【查体】　颌面部左右不对称，左侧下颌角区隆起，皮色、皮温均正常。扪之肿物约3cm×3cm×2cm大，质硬如骨，表面略不光滑、不活动，无面瘫，口内腮腺导管口无红肿，分泌有清亮液体，张口度与开口型均无异常。

【辅助检查】　X线片检查见左侧下颌角角前切迹较明显，但骨质未见异常，无肿瘤发现；遂又考虑非骨性肿瘤行CT检查，证实为腮腺区肿物，性质待定。

【初步诊断】　骨化性纤维瘤可能性较大。

【治疗】　常规行左侧腮腺及肿物扩大切除术（因术中快速病理诊为腮腺恶性混合瘤）见肿物侵及咬肌，质硬，固定。

【术后病理诊断】　腮腺混合瘤恶变。

【分析】

1．误诊误治的思路原因　肿瘤位于下颌角处，质硬如骨，固定，易考虑为下颌骨骨性肿瘤。

因皮色皮温无异常，无发烧及明显疼痛、触痛等原因的较易排除炎性肿块。

因肿物不在耳垂为中心的前下和后方，加之无面瘫症状，导管口检查无红肿，分泌液尚可见清亮，不易想到腮腺源性肿瘤。

2．本病案的特点　因肿瘤生长于下颌角处，且质硬如骨质，临床上未见腮腺受累的表现与腮腺区肿瘤所表现的一系列症状（如累及面神经等）。故使临床医生首先想到了颌骨的疾患。直到以骨性肿瘤行X线检查发现颌骨并无疾病时，方考虑骨外疾病，但仍未从根本上认可涎腺性疾病。待CT检查证实后，才按腮腺肿瘤诊断与治疗，虽在治疗上无误，但诊断上的失误应接受教训。

3．教训　本病例所患疾病（腮腺混合瘤恶变）与被误诊的疾病（下颌骨骨瘤），在

患者身上共有的特点：肿物，部位均在面侧，无炎性征。

通常下颌骨骨化性纤维瘤的临床特点：

1）多见儿童及青少年，为颌骨良性肿瘤。

2）女性多于男性，上颌骨多于下颌骨。

3）生长缓慢，早期多无自觉症状。

4）颌骨为膨胀肿大，可引起殆关系紊乱。

5）X线片示骨质有病理性改变。

误诊原因分析：

1）临床医生仅从相应部位与肿瘤的质地上考虑疾病。

2）忽略了腮腺肿瘤的临床多样性与部位的多变性，加之导管口、分泌、面神经均无异常。

3）疏忽了作为颌骨肿瘤应常规行X线检查。

4）被误诊疾病的特点：

①可累及腮腺任何部位，如本病案生长在腮腺下极也是完全可能的。

②因系混合瘤恶变，故早期生长缓慢，病史较长症状不明显。

③可出现肿物固定，侵及邻近组织，也可发生远处转移。

④可出现疼痛与面神经受累的表现。

⑤具有恶性肿瘤所具备的一些症状与体征。

4．小结　医生应熟悉局部解剖，扩大思路与视野。

了解相关疾病的特点、临床表现与体征，加强鉴别。

做好必要的实验室检查，如本病案中的影像学检查是十分必要的。

腮腺肿物应在术中做快速病理检查以便确定性质，指导手术范围。

（吴钦贞　樊功为）

第一鳃裂囊肿误诊为腮腺多形性腺瘤

【病史】 女，53岁。右耳道流脓15年，右腮腺肿大4月余入院。患者15年前因感冒后右耳流脓，曾诊断为中耳炎，消炎治疗好转。以后经常间歇性右耳流黄色粘稠脓液，消炎治疗无效，但于一年半前未治自愈。4个月前右耳垂下方长一肿块，蛋黄大小，无疼痛，生长慢，伴有胀感，可时大时小。近半月来包块生长较快，如鸡蛋大小，并有胀痛感觉，以“腮腺混合瘤”入院。

【查体】 口腔颌面检查：右耳垂下方肿块约7cm×5cm×4cm大小，中等硬度，边界清，轻度压痛，略有弹性感，右耳鼓膜内陷，无穿孔及疤痕。

【辅助检查】 右腮腺造影呈良性占位性病变；B超检查：右腮腺囊性肿物，穿刺抽出黄色脓液，含淡黄色颗粒，恶臭。右乳突许氏位片未见异常。血常规：白细胞 18×10^9/L，中性粒细胞0.80，淋巴细胞0.20；血红蛋白：126g/L，红细胞 3×10^{12}/L。

【初步诊断】 第一鳃裂囊肿（瘘）继发感染。

【治疗】 入院后抗感染治疗一周。局麻下囊肿摘除术。术中见囊肿位于腮腺被

膜内,囊壁连一管状条索经面神经主干浅面延伸至外耳道后下壁软骨部,切断并结扎。术后一周伤口拆线,Ⅰ期愈合,随访半年无复发。

【术后病理诊断】 鳃裂囊肿继发感染。

【分析】

1. 误诊误治常规思路原因　感冒后右耳流脓,多被考虑为“中耳炎”(如果能认真地进行耳科检查,鼓膜有无穿孔,如果没有穿孔,化脓性中耳炎即可被否定),应用消炎治疗,无疑是正确的。

以后经常间歇性右耳道流黄色粘稠脓液,医生误诊为中耳炎穿孔。时愈时溃是中耳炎的临床特点,每遇发作,即应用消炎治疗,长期用消炎药,自然药效欠佳,尽管更换消炎药物,也未必收到应有的效果。

当右腮腺区出现肿块,又忽视了耳道流脓这一重要病史,轻率地诊断为混合瘤。不少基层医疗单位缺乏有经验的专科医师,且本病又少见,才导致误诊。

2. 本病案的特点　人体感冒后患中耳炎是临床常见的,外耳道流脓是首要的体征之一。但时溃时愈的外耳道流脓达 15 年,反复应用消炎治疗,疗效欠佳。当同侧腮腺出现肿块时,不但未引起医生的重视,考虑其与前驱症状的关联,反而以腮腺混合瘤作为一独立的疾病,再次引人误诊。

3. 教训　外耳道流脓(15 年)在前,同侧腮腺肿块继后(4 个月),前车后辙,本应同出一辙,但忽视了不同症状的同一疾病,使其误诊,再误诊。

本病例中所患疾病第一鳃裂囊肿瘘与被误诊疾病“中耳炎”与“腮腺混合瘤”在该患者身上共有的特点:同侧外耳道流脓 15 年,腮腺肿块 4 个月。

通常情况下,中耳炎的特点:

1)反复发作的外耳道流脓。

2)鼓膜肯定有大小不等的穿孔。

3)抗炎治疗,对症处理肯定有效。

误诊原因分析:

1)按误诊疾病“中耳炎”抗炎治疗无效时,应仔细检查是否为中耳病变,鼓膜是否有穿孔,如果检查鼓膜无任何部位穿孔,肯定是其它疾病。

2)被误诊疾病(第一鳃裂囊肿或瘘管)的特点:①胚胎鳃裂上皮残余形成囊肿、破溃后形成瘘管。②囊肿多位于腮腺实质内,形成瘘管后,外口在下颌缘上方,内口在外耳道。③囊肿为圆形或椭圆形包块,瘘管时愈时溃,经久不愈。④腮腺或瘘管造影后可明确诊断。⑤手术可以根治。

4. 小结　第一鳃裂囊肿(瘘)多位于胸锁乳突肌及乳突之前的下颌下缘上方,面神经的外侧或后侧。第一鳃裂瘘的管口很小,无继发感染时易被忽略,当感染后可由外耳道排脓,易被误诊为中耳炎。当颈部高位持续性瘘道伴耳流脓,但无中耳病变者,应首先考虑本病。

鳃裂性囊肿可存在于腮腺内,因位于腮腺筋膜内,往往不能触到波动而误诊为实性肿物,对腮腺区肿块伴反复同侧耳流脓史,且可排除中耳炎者,亦应首先考虑

本病。

手术是治疗本病唯一有效的手段，术中应仔细观察囊肿或瘘管与面神经，外耳道软骨的位置，明确解剖关系，彻底切除囊肿或瘘管。

（杨佑成）

神经鞘瘤误诊为鳃裂囊肿

【病史】 男，23岁。右颌后无痛性肿块8个月，肿胀疼痛10天。患者8个月前，发现右颌下区长一肿块，较软，无痛，渐进性长大，偶有胀感不适。近10天来症状加重，肿块范围增大，门诊以颈部肿块继发感染，应用大剂量青霉素抗炎治疗，一周后肿块缩小，胀痛感觉消失，以"右鳃裂囊肿继发感染"收入院。

【查体】 右颌后肿块位于胸锁乳突肌前缘，下颌角后缘，颈动脉三角区内，约为5cm×3cm×4cm大小；肿块较柔软，活动度可，前后活动度大，上下活动度小。

【辅助检查】 B型超声波检查示：肿块为囊性约4cm×4cm×3cm大小；肿块穿刺液示：抽出5ml血样不凝固液体。

【初步诊断】 鳃裂囊肿继发感染。

【治疗】 手术完整摘除肿瘤，全标本送检。术中见肿瘤表面呈囊性，基部实性，多包膜，分离肿块时极易出血，肿块位于迷走神经表面。

【术后病理诊断】 神经鞘瘤。

【分析】

1. 误诊误治思路原因　右颌下无痛性柔软肿块，渐进性增大，多被考虑为鳃裂囊肿，选择手术治疗是正确的。

当肿块短时间内胀痛，弥散性范围扩大，多被考虑为囊肿继发感染，先行抗炎治疗后，再手术切除肿块。

颈部肿块，抗炎治疗后行B型超声检查，以确定肿块位置、大小，囊性还是实性，为进一步弄清诊断，提供诊断依据，这也是临床医生检查程序。

囊性肿块，行穿刺检查，对穿刺的内容物，本应能对囊肿的定性具有重要鉴别价值，但本病例似误入歧途，诊断错误。

2. 本病案的特点　右颌下无痛性肿块，渐进性长大，B超示颌下囊性肿块，是鳃裂囊肿的典型体征之一，当发生继发感染，行抗炎治疗，收到良好的临床效果。当行肿块穿刺时，抽出血样不凝固液体（诊断神经鞘瘤较有利的依据），未能引起医生的警惕，使之陷入误诊。

3. 教训　囊性肿物因具有特征性内容物，穿刺检查及超声波检查具有重要的诊断价值，一般很少与非囊性肿物相混淆。但有时会因种种原因而失去其特征性表现，实性肿物的囊性化改变，使其引入误诊。

本病例中所患疾病（神经鞘瘤）与被误诊疾病（鳃裂囊肿）在该患者身上有着共同的特点：颌后区无痛性肿块，呈囊性改变，青年期发病。

鳃裂囊肿的特点：

1)颌后区无痛性柔软之囊性肿块,边界清楚。

2)继发感染时可局部肿大,边界欠清。

3)B超示肿块呈囊性。

4)穿刺囊内液呈乳白色或褐色稀薄液体。

误诊原因分析:

1)许多实性肿物因其中央部分液化而发生囊性变,这种非真性囊肿在临床上易误诊为真性囊肿。临床上也常见到颈淋巴结寒性脓肿误诊为鳃裂囊肿的典型病例。本病例神经鞘瘤中央液化而误诊为鳃裂囊肿。

2)穿刺检查和B超检查是鉴别囊性肿物与实性肿物较为可靠的手段。而鳃裂囊肿和神经鞘瘤液化的B超表现与真正的囊肿并无两样,但穿刺抽出的囊内容物可资鉴别,前者通常为稀米汤样或褐色液体,而后者常为红褐色经久不凝的血样液体。由于解剖位置的接近或重叠,加之穿刺液(物)未必具有典型的特征性,故迷走神经鞘瘤液化与鳃裂囊肿在临床较难鉴别。

3)肿物质地对诊断思维倾向性的诱导:临床医生对囊性肿物和实性肿物在质地的认识上往往存在这样一种思维贯性,即认为囊性肿物总是柔软的,而实性肿物总是坚硬的。其实这种认识是需要修正的,有时甚至恰恰相反。当囊肿的质地受到囊内高压的影响时,肿物亦可呈坚硬体征。可靠的鉴别方法是穿刺检查和超声波检查。本病例亦存有此种因素导致的误诊。

4)被误诊疾病(神经鞘瘤)的特点:

①肿瘤为圆形或卵圆形。

②实性肿块,粘液性变后可为囊性。

③来自迷走神经的神经鞘瘤多位于颈动脉三角区。

④穿刺可抽出囊内容物为不凝固的血样液体。

⑤手术可以根治。

4. 小结　临床上囊性肿物与实性肿物之间存在着相互误诊在所难免。临床医生对囊、实性肿物质地认识上的惯性思维,给疾病的误诊造成了可能性。

颌后区无痛性肿块,继发感染时,及时应用抗炎治疗,在取得明显临床效果时,对肿块应进行仔细的检查:B超、穿刺等。

由于实质性肿块的囊性变,B超诊为囊性肿块,使医生误入盲区。借穿刺液本应鉴别清楚,但由于肿物质地对诊断思维倾向性诱导,诊断鳃裂囊肿仍变成可能。

术中肿块的部位与周围组织的相互关系,实性肿块囊性变的现实,使医生清楚地认识了本病的特征性。

(杨佑成)

恶性脑膜瘤误诊为腮腺恶性多形性腺瘤

【病史】 女,10岁。右侧颌后区核桃大肿块半年,于1992年9月10日人院。患者半年前无意中发现右侧颌后区核桃大肿块,无痛,生长缓慢,几家医院皆诊为“淋

巴结炎",行抗炎治疗3个月无效。近一个月来右侧面部运动不适,咀嚼食物常易集存于右颊部,口角左歪入院。

【查体】 颌面外科检查:双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏。右眼球稍外突;右侧鼻唇沟变浅,笑时口角向左侧歪斜,鼓腮时右口角漏气。右侧颌颈部隆起,下颌后凹区丰满。下颌后凹及颈部可触及约5cm×5cm×5cm大小之椭圆形肿块,表面光滑,边界清楚,质地中等硬度,不活动,无触压痛。开口度正常,伸舌时舌体偏向右侧,右咽侧壁及咽腭弓隆起。

【初步诊断】 右侧腮腺恶性肿瘤。

【治疗】 入院后在全麻下行右侧腮腺扩大切除术和肿瘤摘除术。术中见肿块位于腮腺深叶区,将面神经总干推向后上方,肿瘤与面神经及颈内动脉严重粘连,肿块深部将颈内动脉包绕,经颈动脉孔达颅内。肿块有包膜,呈鱼肉状。经仔细剥离较干净地去除颅外段肿块。术中保留面神经及颈内动脉。术腔置引流条加压包扎。术后7天拆线,创口Ⅰ期愈合。

【术后病理诊断】 恶性脑膜瘤。

【分析】

1. 误诊常规思路原因　右颌后区无痛性肿块,慢性增大,发生在儿童,多考虑为淋巴结炎,抗炎治疗是正确的。

抗炎治疗3个月不见好转,临床检查肿块位于腮腺深叶区并已突向咽侧壁,并出现面神经麻痹症状,考虑为腮腺深叶恶性肿瘤,侵犯面神经出现面瘫。

除腮腺恶性肿瘤侵犯面神经外,尚有舌下神经受累现象,出现舌体运动异常,伸舌偏向右侧的临床症状,更加强了"腮腺区恶性肿瘤"诊断的可能,许多医生也是这种思路。但未作必要的X线及CT等有关检查,本次还是以失败而告终。

2. 本病案的特点　右颌颈部无痛性肿块,儿童发病,按淋巴结炎抗炎治疗三个月不仅无效,反而病情加重,不仅未引起医生的高度警惕,未做必要的特殊检查(如X线、CT、活检等),竟依据面瘫,舌下神经受累等临床症状,拟诊为腮腺恶性肿瘤,在无充分准备的情况下,实行了腮腺扩大切除术,使手术半途而废。

3. 教训　本病例中所患疾病(恶性脑膜瘤),与被误诊疾病(腮腺恶性混合瘤)在此患者身上共有的临床症状:颌后区包块无痛性增大,面瘫,伸舌偏向患侧。

腮腺深叶肿瘤的特点:

1)腮腺肿块,位于下颌后凹,可突向咽侧壁,侵犯面神经时可出现面瘫。

2)CT检查可明确区分腮腺内或腮腺外肿瘤。

误诊原因分析:

1)根据病史及检查,笑时口角歪向健侧,患侧鼻唇沟变浅,鼓腮口角漏气及伸舌时舌偏向患侧,这说明不仅存在第Ⅶ脑神经(面神经)受损害,而且还有第Ⅻ脑神经(舌下神经)受损害。

2)忽视了眼球突出症状,说明眼球后方因肿瘤存在而将眼球向外上方推移所致。

3)术前准备极不充分,如能及时做头颅CT扫描或X线检查,以及局部切取活检

检查等，本病不难确诊，并可做到术前心中有数，以防术中措手不及。

4)按最初误诊疾病颈淋巴结炎抗炎治疗了3个月，不仅无效，未引起警惕，也未作必要的检查，竟盲目凭几条临床症状作出诊断，草率的手术，结果造成误治。

5)被误诊疾病(恶性脑膜病)的特点：①好发于儿童；②发病率低；③肿瘤生长方式一般为颅内膨胀性生长；④病程短，生长快；⑤局部常发生浸润性生长；⑥极少数出现颅外转移，少数发生颅骨破坏、骨质吸收现象。

6)每一种肿瘤在临床上没有固定的模式和表现形式，由于解剖结构的不同，而表现的症状各异，临床医生绝不能把临床常见的体征和症状套用在所有共性疾病的患者身上，医生应寻找具有鉴别意义的特殊体征。如本病例舌下神经受到侵犯，在腮腺肿瘤中罕见，依据此点，更应做到必要的辅助检查，以明确诊断。

4．小结　颌面部无痛性肿块，首诊淋巴结炎治疗不仅无效，反而病情加重，医生必须扩大思路，突破常见病，想到疾病的特殊性。

口腔颌面部解剖结构复杂，位于组织深部的肿瘤诊断比较困难，尤其那些罕见病例，极易误诊，应作全面检查。本病例瘤体在颌颈部呈侵袭性生长，实属罕见。而且肿瘤的部位及患者出现的症状难以与恶性腮腺深叶肿瘤相区别。

对一些特殊部位的肿瘤，必须依靠CT检查或X线检查，对肿瘤的部位、大小、来源，CT能提供可靠的鉴别依据，实难定性时，手术中冰冻切片也是不可缺少的诊断方法。

（杨佑成）

面神经鞘瘤误诊为腺样囊性癌

【病史】　女，48岁。因面瘫5年，左耳下肿块1年于1986年入院。病人5年前左侧眼裂不能闭合、额纹消失、口角流涎。当地医院诊断为“贝尔氏麻痹”，给予药物治疗及理疗，未见好转。1年前左腮腺区渐出现肿大，经口腔科门诊检查，以“腮腺区肿瘤，腺样囊性癌”收住院。入院后在全麻下行左腮腺全叶及肿瘤切除术，术后病理报告为“面神经鞘瘤”。病人出院10个月后渐出现听力下降，遂去耳鼻喉科就诊。

【查体】　左外耳道后壁隆起，触之质地偏软，鼓膜不清，听力检查为混合性耳聋。腮腺区仍有轻度肿胀。

【辅助检查】　乳突片示乳突腔内有类圆形透光区。

【初步诊断】　乳突、腮腺内面神经鞘瘤。

【治疗】　入院后于1987年4月在全麻下行乳突探查、肿瘤切除术。术中见乳突部肿瘤侵及乙状窦、天盖，颞叶脑膜暴露约1.2cm×0.6cm，小脑膜暴露约1.2cm×0.8cm并侵及外半规管、中鼓室及颈静脉球体窝，面神经自膝神经节至茎乳孔段缺失，砧骨长脚及短脚消失。摘除颞骨内肿瘤约4.0cm×3.0cm×2.0cm。继向下延长切口，见腮腺区域有4.0cm×4.0cm×3.0cm大小肿瘤，与乳突区之肿物相连，包膜完整。将肿瘤予以切除。术后病理报告：面神经鞘瘤。病人现随访7年无复发。

【术后病理诊断】　面神经鞘瘤。

【分析】

1. 本病案特点　腮腺区肿瘤中面神经鞘瘤少见，其早期症状多为面瘫，当急性出现时与贝尔氏麻痹颇似，也有出现面肌痉挛。该病人首先出现周围性面瘫征，此后出现左耳下肿块。由于发病时情形不明，当地医院诊为“贝尔氏麻痹”，不能认为其没有根据。但贝尔氏麻痹患者中约80%的病例可在2～3个月内恢复，对于3个月内连好转迹象也没有的病人，应考虑到其他可能。当病人左腮腺下出现肿块时，结合面瘫情况，首先考虑腮腺恶性肿瘤侵及面神经是应该的，也是常规思路。

2. 教训　对每个病例都应术前全面、认真的检查，而不应一概以“常规思路”待之。此病人就诊口腔科时未检查听力，仅仅依据面瘫和腮腺肿块考虑是腮腺的恶性肿瘤。对于此类较深在的病变，CT检查或断层片检查是非常应该的。

（贾暮云）

腮腺多形性腺瘤误诊为腺癌

【病史】 女，28岁。因左腮腺区无痛性肿物3个月而入院。病人于3个月前发现左腮腺区1肿物，无痛及其他不适。来院经门诊检查发现：肿瘤位于左颌后凹，表面光滑，质地硬，活动度差。约2.5cm×3.0cm大。面部双侧表情对称，无面瘫征。口内粘膜光滑，导管口无红肿，挤压左侧腺体流出清亮液体。行肿瘤细针吸细胞学检查，报告为“左腮腺腺癌，高分化”，遂收住院。经准备在全麻下行左腮腺全叶及肿瘤切除术+左侧功能性颈淋巴清扫术，术中未保留面神经。术后病人恢复顺利，术后病理报告为：左腮腺多形性腺瘤，局部增生活跃。

【分析】

1. 多形性腺瘤的临床特点　多形性腺瘤又称混合瘤，系最常见的涎腺肿瘤，属临界性。因肿瘤含肿瘤性上皮组织、粘液样组织、软骨样组织，组织学形态呈显著的多形性及混合性而命名。临床上肿瘤质地中等，呈球状、分叶状或不规则形。肿瘤软硬可不等，高起处常较软，有囊性变，低凹之处较硬，多为实性组织。一般可以活动，但位于颌后区者可固定而不活动，是由于肿瘤嵌于下颌支后缘与乳突之间的局限，并非恶性浸润所致。

2. 针吸细胞学检查之特点　细针吸细胞学检查是用外径0.6mm的针头抽取病变组织，涂片行细胞学检查。在有经验、受过专门训练的医生，其定性准确率为97.5%，与组织病理的诊断符合率为86.5%。也有其局限性：①针抽组织是肿物的某一点，获取组织很少，难以概括组织全貌。②对于位置深在、体积较小的病变可能穿刺不到。③涎腺肿瘤的组织学分类复杂，组织结构多种多样，易误诊。④需要临床经验的积累与临床的结合。文献报告针吸细胞学检查的准确率在良性肿瘤为72.2%～98%，恶性肿瘤为64.7%～100%。可见其诊断准确率在不同的报告者之间存在有很大的差距。

3. 教训　结合对以上特点的了解，对疾病的判断，应以临床综合为主，每个医生应根据自己的判断作出诊断，而不应盲目相信病历的汇报、他人的结论。对他人的结

论应结合既往的经验进行分析,从而最大限度地减少失误。

（贾慕云）

右下睑鳞癌、右颞部恶性黑色素瘤治疗失误

【病史1】 男,50岁。因右下眼睑鳞癌术后1.5年,右腮腺区发现无痛性肿物40天入院。病人于1.5年前因右下眼睑肿物在眼科行肿瘤切除术,术后病理报告为“右下睑高分化鳞癌”。半年前病人右颈部又发现一无痛性肿物,约2.0cm×2.5cm大小,质地硬,尚可活动,经口腔科检查,诊断为“右颈上部肿物,淋巴结内癌转移可能”,于局麻下切除活检,病理报告为“淋巴结内鳞癌转移”,一周后在全麻下行右侧颈淋巴组织清扫术。术后病理报告:所切除之淋巴结内未见有癌转移。术后7天病人出院时发现右腮腺区内有二枚约0.8cm×1.0cm大小淋巴结,活动,无粘连,未予处理而嘱出院观察。1月后病人自述右侧腮腺区肿物渐增大而复查。检查发现右腮腺区肿物1.2cm×1.3cm大小,共二处,质地硬,活动,遂以“右腮腺区淋巴结内癌转移”收住院,在局麻下行右腮腺全叶摘除术,术后病理证实了临床之诊断。

【病史2】 男,38岁。因右颞部色素痣破溃在当地医院手术切除。术后病理报告为“恶性黑色素瘤,累及切缘”而转来我院。入院查体:右颞部手术刀口长约4cm,尚未拆线。刀口处未见明显瘤体与色素沉着,右颌下可扪及二枚约1.0cm×1.2cm大小之淋巴结,活动,无明显压痛。本院复查病理切片与原报告相同。胸片未异常发现。入院后经准备,在全麻下行右颞部病灶扩大切除术+植皮术+右侧颈淋巴组织清扫术。术后病人恢复顺利,第七天拆除缝线时发现右腮腺区于耳屏前方又长出二个约1.0cm×1.0cm大小之淋巴结,三天后右耳垂前方又长出一黄豆大小之新生物,考虑为右腮腺区淋巴结内恶性转移,于术后第18天,再次局麻下行右腮腺全叶摘除术。术后病理报告:右腮腺区淋巴结内癌转移(3/5)。

【讨论与教训】 以上二个病例当应归属于涎腺转移癌,即指原发于涎腺以外部位的癌瘤通过淋巴系统或血行转移到涎腺淋巴结或涎腺实质的癌瘤,其绝大多数位于腮腺。就病理类型而言,涎腺转移癌以恶性黑色素瘤及鳞状细胞癌最为常见,各占约40%。其原发瘤的部位以头颈部最为常见,少数为远隔器官。头颈部的Storm区被称为发生腮腺淋巴结转移的高度危险区,该区包括同侧眼睑、颞部、额部、后颊及耳廓前区。了解以上知识,则对于发生于Storm区的恶性肿瘤应高度重视腮腺区变化,对高度恶性或转移率高的肿瘤,如恶性黑色素瘤、鳞癌,常作原发灶、腮腺及颈淋巴结的联合切除,因为恶性肿瘤有转移扩散时,患者生存率明显下降,而涎腺转移时尤为显著。本2例所以需第3次手术,与第2次手术前应对腮腺区常规认真查体的疏漏有直接关系。这就要求医生不但要有良好的诊病能力,也要能够就每一个病人之病情,提供合理、正确、规范、序贯的治疗方案,并对该方案予以完满的实施,既达到最佳的治疗效果,又能使病人愈后拥有最佳的生存质量(包括经济上尽量减少负担)。

（贾慕云）

腮腺血管滤泡性淋巴组织增生误诊为腮腺多形性腺瘤

【病史】 女,70岁。右腮腺肿块4年,增大伴胀痛4个月,于1989年11月18日入院。患者4年前发现右腮腺肿块如蚕豆大小,无自觉症状,未行治疗。近4个月来肿块增大明显,且伴有局部胀痛,抗炎治疗无效果,临床诊断为腮腺混合瘤。入院待手术治疗。既往身体健康,无心脑血管疾病史。

【查体】 右腮腺区皮肤色泽正常,肿块约5cm×7cm×3cm大小,右下颌角下缘有2cm×2cm大淋巴结2个,质地软、光滑;右颌后淋巴结一个,中等硬度,不活动。腮腺导管口通畅,排出清亮的涎液。

【辅助检查】 血,大小便常规,肝肾功能,心电图、胸透均未见异常未行CT检查。

【初步诊断】 腮腺混合瘤。

【治疗】 全麻下行腮腺浅叶及肿块摘除术。术中见肿物7cm×7cm×4cm大小,包膜不完整,剖面粉红色,湿润如鱼肉样,部分区域呈结节状,附着诸淋巴结包膜均完整。快速冰冻报告为恶性淋巴瘤。

【术后病理诊断】 免疫病理诊断:腮腺血管滤泡性淋巴组织增生,免疫类型单克隆性。

【分析】

1、误诊误治常规思路原因　腮腺区肿块,慢性生长4年,多考虑腮腺的良性病变,以腮腺混合瘤最常见。当肿块突然增大疼痛明显,行抗炎治疗观察变化,是正确的。

当消炎治疗效果不好,准备行腮腺混合瘤切除术,术中以冰冻切片为据,术者权衡利弊关系,决定手术切除范围,这也是通常临床操作程序。

术中冰冻报告为"腮腺恶性淋巴瘤"病理提示肿物为恶性,手术应按恶性淋巴瘤的治疗原则进行。病理虽能鉴别腮腺混合瘤、腺淋巴瘤、淋巴上皮瘤、恶性淋巴瘤等,但本次冰冻切片诊断准确度给临床医生提供了一个假情报。

2. 本病案的特点　腮腺肿块,混合瘤是常见的、短时间内肿块增大明显或出现胀痛,可能为继发感染,消炎治疗无效时,可考虑恶性变之可能,行手术治疗是正确的。手术中冰冻切片区分良恶性病以确定手术范围,但本次由于术中冻冰切片病理报告欠准确,虽能分清良恶之区别,但对于少见病例仍可造成误诊。

3. 教训　血管滤泡性淋巴组织增生较少见。临床表现常无症状或仅有局部症状,只有少数患者有复杂的临床表现和实验室检查异常。

本病例中所患疾病(血管滤泡性淋巴组织增生)与被误诊疾病(腮腺混合瘤)在该患者身上共有的特点:腮腺肿块4年,明显增大4个月。

腮腺混合瘤的特点:

1)腮腺区无痛性肿块生长多年,多在中年。

2)无面神经功能障碍。

3)肿物可发生恶变。

4)手术行腮腺切除,解剖面神经加肿物完整摘除(是唯一有效的方法)。

误诊原因分析:

1)腮腺混合瘤与血管滤泡性淋巴组织增生,临床实难鉴别,大多数病人是在手术后病理检查才明确诊断。

2)血管滤泡性淋巴组织增生的特点:①临床较少见;②症状仅表现为肿物;③患者痛者少;④免疫病理检查可明确诊断;⑤手术治疗预后良好,一般不用化疗。特殊情况下可加用免疫抑制剂或小量激素。

4. 小结　血管滤泡性淋巴组织增生是少见病例,临床上可分为四型:①透明血管型常无临床症状或伴有局部肿块压迫症状;②浆细胞型常有发热、盗汗、乏力、贫血、淋巴结及肝脾肿大,同时伴血液学异常;③中间型为病变活动与静止反复出现;透明血管型和浆细胞型同时存在;④多中心型多发生在老年人,表现为多处淋巴结、肝脾肿大,发热,贫血,血小板减少低铁血症,肝肾功能异常,甚至出现中枢及周围神经症状。本例属透明血管型。

此病临床上很难区分清楚,明确诊断靠病理。冰冻切片的准确程度与医师的业务水平有直接关系。有时术中也难以区分具体类型。虽病理诊断有时难能分类和分型,但应尽最大努力将良恶性区别开来,减少失误机会和发生率。

(杨佑成)

腮腺区恶性淋巴瘤误诊为炎症

【病史】 男,6岁。四个月前春节期间曾与患流行性腮腺炎患儿玩耍。一周后右耳下区肿胀,但无疼痛。去镇卫生院诊断为“流行性腮腺炎”。当时T37.5℃,给予肌注青霉素,口服板蓝根冲剂,每天进食一次蛇皮炒鸡蛋,治疗8天,右耳下肿胀更著,对侧腮腺无肿胀,转县医院测T38.5℃,白细胞8.9×10^9/L,诊断为“腺源性蜂窝织炎”住院治疗。每日静脉滴注先锋霉素Ⅴ2.0g、地塞米松5mg治疗壹周,右耳下肿胀基本消退,体温恢复正常,出院后口服先锋霉素Ⅳ0.125g,3次/d,强的松2.5mg,2次/d,两周后病情稳定停药。一周后右耳下又复肿胀,去县医院,服中药,外敷活血化瘀软膏半月未见轻,且向后扩展至耳后、向前到颌下,向下到颈侧上方,皮色红暗,破溃流黄水,并出现头痛,发热T39.2~40℃又转回县医院以第一次治疗方案治疗壹周病情好转,局部肿胀明显减轻,呈低热,头痛缓解。饮食略有增加而出院。半月前右耳下迅速肿胀伴高热,以原方案治疗未见效,三天前由县医院医生陪护转上级医院。

【查体】 精神萎靡、消瘦、营养不良、呼吸急促呈三凹现象。T41℃、P110次/分、R22次/分、BP12/8kPa(1kPa=7.5mmHg),颈有抵抗感,左颈及双侧腹股沟可扪及1cm×2cm大小淋巴结,心脏无异常,双肺呼吸音粗未闻及罗音,肝肋缘下2cm,脾肋缘下3.5cm,右侧克氏征(+)。口腔科检查:右侧颈上半部及耳后明显肿胀,无清晰边界,皮肤呈紫红色,中央有3处破溃,外溢少量黄色稀液,质硬、无凹陷水肿,无触痛,咽部肿胀、糜烂、溢血,乳牙多龋呈褐黑色,腮腺导管口分泌清亮。

【辅助检查】 血象：白细胞 $1.9\times10^9/L$，血红蛋白 89g/L，血小板 $100\times10^9/L$。胸透：纵隔增宽。

【初步诊断】 右耳下肿块性质待诊，腐败坏死性炎症。

【治疗】 气管切开，予菌必治、地塞米松输注，利尿及静脉补充营养等支持治疗，并在右颌后下方行小切口，用血管钳分离，见组织呈暗红色流血水，未见脓液，无恶臭，取组织送病理检查。于第三天呼吸困难加重，虽经抢救无效死亡。

【病理诊断】 恶性淋巴瘤(组织细胞型)。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　患儿有流行性腮腺炎接触史，又处于流行季节，发生低热、右耳下肿胀，首先应考虑流行性腮腺炎。其早期诊断只能依靠病史和局部体征。

2. 本病案特点　6 岁患儿，淋巴屏障功能尚不完善，获得性免疫功能刚开始建立，此时在口腔易发生颌下、颏下、耳下淋巴结及喉部咽淋巴环的炎症。

患儿有发热，颈有抵抗感，除右耳下明显肿胀外，颈左侧及腹股沟淋巴结和肝脾肿大，右侧克氏征(+)。

按流行性腮腺炎给予抗病毒药物治疗未奏效。以腺源性蜂窝织炎用青霉素、先锋霉素Ⅴ、地塞米松治疗，耳下肿胀曾消退，体温恢复正常。但停药后复发，再用以上药物治疗亦不显效。

病理诊断系组织细胞型恶性淋巴瘤，终因肿瘤细胞广泛浸润，导致器官功能衰竭而死亡。

3. 教训　有些疾病发病有季节性及特定的患病对象，其中流行性腮腺炎较为典型。在该病发病的季节和年龄组的人群中，并不是不患其他病，也不是都患同一种常见病，但医生接诊病人时的思维，往往不自主的停留在常见病上，特别在早期的症状和体征与常见病极为相似，本质又截然不同的病，医生会情不自禁地用多发病的概率套在该病人的疾病诊断上，而不是具体病人具体对待，找出各自的特性，这种误诊势在必然。

腮腺区的肿胀多由细菌和病毒感染及肿瘤细胞浸润所致，但都可有发热、局部肿大等相似的临床表现。流行性腮腺炎具有以下特点：①为过滤性病毒感染腮腺，主要发生于儿童，有接触史，冬春季为好发季节。②起病有发热，一侧或双侧腮腺非化脓性肿胀，肿胀边界不清，触诊有弹性感，压痛不剧，进食尤其进食刺激性食物局部胀痛加剧，腮腺口可见红肿，舌下腺与颌下腺可同时发炎肿大，有并发脑膜脑炎、睾丸炎、胰腺炎、卵巢炎等可能。

误诊原因分析：

1)仅据临床表面现象，如患儿腮腺区肿大，处于流行季节、有接触史，就诊断流行性腮腺炎，没有详细询问病史，如咀嚼时局部胀痛有否加剧等，也没有检查咽部及右侧翼腭窝、颌后间隙情况。在县医院也是仅根据小儿在春季易发生头颈交界处皮下淋巴环及咽部淋巴环感染腺源性炎症的临床经验，没有认真检查局部有无明显压痛、

波动感、凹陷性水肿等炎性体征，未做全面查体及必要的血常规、B超、CT等检查，导致诊断一错再错，在县医院用先锋霉素和地塞米松短时有效，是因淋巴瘤对肾上腺皮质激素有敏感的疗效，而不是抗生素的作用。但这一误诊而有显效的误治效果，误导了医生错误诊断的"正确性"，使病情进一步恶化。

4. 小结　淋巴瘤是起源于淋巴结或其他淋巴组织的恶性肿瘤，分为霍奇金病(HD)和非霍奇金淋巴瘤(NHL)两大类，组织学可见淋巴细胞和(或)组织细胞的恶性增生。临床以无痛性淋巴结肿大为典型临床表现，常有肝脾肿大，晚期有恶病质、发热及贫血。原发部位可在淋巴结，也可在结外组织如扁桃体、鼻咽部、胃肠道及皮肤等。NHL较HD更有结外浸润倾向，以弥漫型组织细胞性淋巴瘤尤著。结外累及以胃肠道、骨髓、中枢神经系统为多。本例患儿颈有抵抗，右侧克氏征(+)，提示有中枢神经系统浸润。颈部、腹股沟淋巴结和肝、脾肿大，纵隔增宽，符合NHL越过邻近淋巴结向远处播散和多中心起病的临床表现。上海报告1771例淋巴瘤以口咽周围淋巴环受累及发病率最高，占40%，其次是胃肠道占19%，这种结外病变肿块，无明显周界，浸润性、弥漫性、早期无痛苦，中晚期皮肤呈紫红或暗褐色，破溃渗溢血水或淡黄色液体，病情发展较快，抗生素无效，肾上腺皮质激素效果显著，但多次应用疗效减弱，需联合化疗。临床上对发生在头颈相交的咽部粘膜下环形区和皮下的环形区出现酷似急性炎症的弥漫性、无痛性肿块，用抗生素治疗无效者，应想到恶性淋巴瘤的可能，速做组织活检，甚至在做试探性抗炎治疗前，就做深部组织活检。临床没有因活检而遗憾，遗憾的都是抱侥幸心理、试探性观察、诊断性治疗，延误诊断，失去早治疗的机会。

（刘金兰　金志勤）

腮腺放线菌病误诊为腮腺恶性肿瘤

【病史】 男，68岁。右腮腺区肿块2个月，于1992年10月10日入院。患者2个月前无意发现右腮腺区长一肿块。因胀感行腮腺造影检查，发现"右腮腺导管中断，分支导管断续或紊乱"，以"腮腺恶性肿瘤"收入院。入院后肿块增大迅速。上界达颧弓，下界达下颌下缘，深部可达咽侧壁。肿痛症状加重伴张口受限。既往无结核病史。

【查体】 颜面部明显不对称，右腮腺区外突，局部可见8cm×8cm×7cm实质性肿块，边界清，上界达颧弓，下界达下颌下缘，向内达咽侧壁，质地较硬，呈板状，和周围皮肤粘连，活动度差。肿块表面皮肤充血，有轻度压痛。面神经功能无障碍，周围淋巴结不肿大。张口受限2cm，右腮腺导管口有脓性分泌物。

【辅助检查】 针吸细胞学检查为"坏死样组织细胞"，针吸后局部红、肿、热、痛渐渐明显。

CT、B超、X线造影检查对肿块性质仍不能明确诊断。活检手术中见肿块位于腮腺浅叶下极，肿块为部分坏死样炎性肉芽组织。肿块内剖面呈蜂窝样金黄色颗粒状脓栓团块。病理证实诊断为"放线菌病"。

【初步诊断】 腮腺放线菌病。

【治疗】 大剂量青霉素滴注(总剂量达3亿单位)加氨苄青霉素静注(总剂量达120g)。肿块缩小显著,约4cm×4cm×4cm大小,后经手术完整切除肿块,并解剖面神经无损伤,临床治愈。第二次手术中见硫磺颗粒已消失。

【术后病理诊断】 腮腺放线菌病。

【分析】

1. 误诊常规思路原因 无痛性腮腺肿块,做腮腺造影检查,以明确诊断,这是一般常规思路,是正确的检查手段。

当造影发现"腮腺导管中断,分支导管断续或紊乱"时,临床上多考虑腮腺恶性肿瘤,通常都是这种思路。

当肿块迅速增大伴疼痛,张口受限,可能为肿瘤感染,或直接侵犯嚼肌引起张口受限,随即做了许多检查,进一步明确诊断,大都也是这种思路。

针吸细胞学检查是诊断腮腺肿瘤有用的检查手段,抽吸为"坏死样组织细胞",针吸后引起局部红肿热痛渐渐加重,这有两种可能:①穿刺针抽出的是肿瘤组织坏死后的标本。②穿吸道继发感染使局部出现急性炎症反应。不少医生是这种思路。

CT、B超、X线、造影检查虽能提供有用的资料,作为可靠的诊断依据,但都不能定性(不是定性检查)。因病理是唯一可靠的诊断标准。而腮腺肿块临床上一般不取活检,术中快速冰冻活检,临床上大都遵循。但本次经全科病例讨论,准备行肿块切取活组织检查后,再定治疗方案。

2. 本病案的特点 腮腺区早期无痛性肿块,首先行腮腺造影检查,第一印象为腮腺恶性肿瘤。因胀感作针吸、CT、B超、造影等诸项检查,但都不能明确诊断。在腮腺肿块,临床上一般不术前切取活检,以防肿瘤扩散。在这条原则的约束下,虽做了一系列的有用的检查,都未找到诊断可靠的依据,甚至被一些检查结果所迷惑,致使疾病延误诊断治疗。

3. 教训 疾病的误诊,可由多种因素促成。疾病之间往往有些共性所在。当然也必然有其特殊性,其共性症状掩盖了特殊性,是误诊的常见原因,此为其一;其二,本来出现了特征性症状或体征,但由于医生专业水平不高,不认识,也是造成误诊的常见原因。

本病例中所患疾病(腮腺放线菌病)与被误诊疾病(腮腺恶性肿瘤)在该患者身上共有的特点:腮腺区肿块,造影检查腮腺导管中断,分支导管断续或紊乱,局部肿瘤,伴张口受限。

腮腺恶性肿瘤的特点:①生长较快常伴自发性疼痛。②可发生面神经麻痹。③肿块质软,界限不清,活动差。④B超、CT只能显示肿块,不能定性。⑤导管系统破坏时,应与结核相区别。⑥病理诊断定性。

误诊原因分析:

(1)腮腺区肿块,造影示导管系统受到破坏,首先想到腮腺恶性肿瘤的可能性,然后围绕恶性肿瘤进行各项检查。针吸活检证据不足,B超、CT又不定性,印象思维使

医生始终停留在恶性肿瘤上，而没有想到其他病也可出现上述临床症状和体征。

(2)被误诊疾病(腮腺放线菌病)的特点：①炎症侵及深层嚼肌时出现张口受限，肿块区呈硬板状。②多发性脓肿或脓瘘。③细菌学检查可发现革兰氏阳性呈放射状菌丝。④肿块或瘘管排出的脓液中可获得硫磺颗粒。⑤活组织检查可最后确诊。

冰冻活组织检查是一种能迅速确定诊断的方法，对临床上不易确诊而怀疑有恶性肿瘤或恶性变的肿瘤，可协助迅速确定肿瘤的性质，从而决定切除范围。但术中冰冻切片的成功与切取组织的部位及所切取的组织有关。本病例切取组织为炎性肉芽组织。肿块内排出的硫磺颗粒使作出最后诊断。

4. 小结　腮腺区放线菌病，由于抗生素的广泛应用，现已少见。医生在诊治少见病例时，还要依赖医生的高度责任心，精湛的业务水平，丰富的临床经验。

当不能解释患者的病情与临床检查时，应抓住有诊断价值的症状或体征加以考虑。如腮腺导管遭到破坏，肿瘤可以、结核也可以，甚至某些炎症(例如本例放线菌病)也可导致。

当疾病诊断确有困难时，必须全力突出该病例的特点(本病例最突出特点是肿块肿大感染，脓液内有硫磺颗粒，张口受限实质并非腮腺肿瘤侵犯咬肌所致，而是炎症侵犯咬肌所引起)，再根据其特点，想到有关疾病。

该病例经各项检查之后，在恶性肿瘤之诊断的迷路上，手术及术后病理揭开了迷障。

(杨佑成)

腮腺淋巴结核误诊为腺样囊性癌

【病史】 女，62岁。因右腮腺区无痛性肿物3个月，于2个月前曾来我院就诊，当时查体记录，右腮腺区耳垂前方二枚约分别为0.8cm×1.0cm大小之肿物，之间相连，可有轻微活动度，与皮肤不粘连，无面瘫征。门诊诊断为“腮腺肿瘤，性质?”建议住院。但病人于1个月前转往北京诊治，行穿吸活检，意见为“腮腺区肿物，慢性炎症?”，未能明确诊断又转回我院。病人自发病以前，一般情况好，无疼痛、发热及盗汗现象。

【查体】 右面部可见局部隆起呈条索状，扪之右腮腺区4个约1.2cm×1.3cm大小之肿物，相互粘连融合呈条索状，右颈深上可触及3枚分别直径约为1.5cm×1.5cm、1.0cm×1.2cm、1.0cm×1.0cm大小之肿物，彼此粘连、融合，无压痛，尚可活动。双侧面部表情对称，无面瘫征。入院一周的体温测定，均低于37.1℃。

【辅助检查】 胸片检查无异常发现。

【初步诊断】 右腮腺区肿物，腺样囊性癌并颈淋巴结内癌转移?

【治疗】 病人经术前准备，在全麻下行右腮腺及肿物切除术，备颈淋巴清扫术。术中翻瓣暴露腮腺后见腮腺内数枚直径约1.0cm×1.0cm大小肿物，相对孤立。术中切取一个肿物送冰冻活检，报告为腮腺内淋巴结核，遂关闭创面，未行颈淋巴清扫术。术后病理报告同冰冻之报告。术后给予抗结核治疗半年，现病人术后1年，颈部

病灶已消失。

【病理诊断】 腮腺内淋巴结核。

【分析】

1. 本病特点与诊断　典型的结核其诊断并不难:①病史:可有呼吸道症状,午后潮热、盗汗。②查体有肺部结核灶。③结核菌素试验(PPD)强阳性(卌)者提示有诊断意义;PCR 技术(DNA 扩增技术)找到结核杆菌,以上二项检查只能辅助诊断。④痰涂片找到结核杆菌或肿物穿刺涂片找到结核杆菌。此具诊断意义。

2. 本病案误诊分析:结核病近年来有增多的趋势。呼吸系统的结核病变相对较易诊断,但以头颈部肿块就诊者,术前极少明确诊断。近 2 年我科口外收治的六例结核全部误诊误治后才明确诊断。究其原因,一是对该病近年来患病率上升的趋势认识不足,重视不够,临床上较少考虑到此病的可能,二是头颈部瘤样结核病人的症状不具典型性。就近 2 年我科收治的 6 例病人,发病过程中均无明显的盗汗、午后潮热等症状,也无呼吸道症状,病人首先以无痛性肿物就诊,部位可位于颈侧、腮腺区、颏下等部位,多系单一肿物,触之可活动,与周围组织无明显粘连,但术中见病灶与周围组织有粘连,如颈侧者与胸锁乳突肌、口底颏下者与口底肌肉粘连。由于临床表现的不典型性,诊断有困难;再加重视不够,也不作结核菌素试验等。本病人表现为串珠状之淋巴结,较具特征性,并且虽曾行穿刺涂片检查,由于未考虑到结核,因此未行特殊染色,也就找不到嗜酸性结核杆菌。多年的临床使恶性肿瘤已在我们的头脑中占了主导地位,腺样囊性癌又具沿间隙扩展的特性,表现与此相符,因此虽穿刺涂片报告炎症,仍以对肿瘤的高度警惕性而诊断为腺样囊性癌。假如当初对结核有足够重视的话,穿刺涂片检查时也作了特殊染色,结合其典型的临床体征,该病人术前得以正确诊断是完全可能的。

(贾慕云)

腮腺良性肥大误诊为沃辛瘤

【病史】 男,52 岁。发现双侧腮腺区膨隆而 1 月前就诊于某医院,经检查诊断为"双侧腮腺腺淋巴瘤",建议手术治疗而来我院。

【查体】 一般情况好,心肺(-)。颌面部双侧对称,双腮腺区下极、耳垂下方膨隆著,尤颌后凹处明显。触之此处腮腺肥大,颌后凹处可触及一硬板状区,因处于下颌升支后缘与乳突之间而扪不清,但未扪及明确肿块。疑之而行 CT 检查,见双侧腮腺大,未发现有占位性病变。行双侧腮腺 Tc^{99m}扫描,未发现有局灶放射性改变区,但排泄功能较正常稍迟缓。查血糖 6.2mmol,BP:24/14kPa,但既往无服用抗高血压药物史。

【出院诊断】 双侧腮腺良性肥大。

【分析】

1. 本病案特点　腮腺腺淋巴瘤临床上具有如下特点:①好发于 50 岁以上老年男性;②绝大多数肿瘤位于腮腺后下极;③可表现为双侧发病;④肿瘤表面光滑、质地

软，常有消长史；⑤Tc^{99m}扫描表现为热结节。此病人的临床表现与上述前三项特点相符。由于病人可疑病灶位于颌后凹，因此对其触诊的准确性受到限制；临床可遇到这种情况：在颌后凹部位，往往可触及深在一硬板状物，将其疑为肿物，由于骨的限制需行CT检查，结果并无病变发现。这板状物实际上乃茎突下颌韧带；认识不到这一点，结合临床表现，则极有可能将其诊断为腮腺肿瘤。

腮腺良性肥大，是一种非肿瘤性、非炎症性的慢性、无痛性肿大的涎腺疾病，其肿胀可反复发作，常为双侧性，腮腺弥漫性肿大、柔软而无肿块，导管口无红肿。其发病原因尚不清。

2. 教训　本病例误诊的关键，在于对腮腺及肿块的触诊。正常情况下，腮腺不能扪及，可扪及者常表明腮腺肿大。腮腺扪诊以示、中、无名指的平触为宜，如加用拇指夹住腮腺提拉式扪诊，有时可将腺体误诊为肿物。颌下凹的触诊应轻柔有度，若怕扪不清反加压用力触摸，极可能将正常之筋膜等误认为肿物。注意以上再结合临床特点，即可得出正确结论。

（贾暮云）

8┐阻生、骨髓炎并间隙感染误诊为腮腺脓肿、腮腺内化脓性淋巴结炎

【病史】　男，26岁。30天前晨起时突然出现右侧腮腺区肿痛，自服“消炎药”1天，肿痛继续发展并出现张口受限，自测体温为37.8℃，当地医院诊断为“化脓性腮腺炎”，给予“Vitc”片含化，口服螺旋霉素与灭滴灵，次日病人因肿痛未能控制再来该院。检查记录：颌面部双侧不对称，右腮腺区肿胀，尤以耳垂下方为著，表面皮肤充血呈暗红色，触之硬板状，无波动感，压痛明显。张口受限Ⅱ°，口内右腮腺导管无红肿，挤压腮腺，见有清亮液体流出。8┐未见有阻生齿，实验室检查，血Rt示：白细胞$11 \times 10^9/L$，N：84%。临床诊断为“右侧腮腺内化脓性淋巴结炎”，给予青霉素800万单位静滴1次/d共7天，口服甲硝唑0.4g 3次/d共7天，肿胀范围有所减小，张口度略有改善。半月后病人原有症状复发出现并加重而来我院。无牙痛史，无拔牙史。

【查体】　青年男性，心肺肝脾无异常。颌面部与上述相同，口内牙列$\frac{8}{7}\Big|\frac{8}{8}$，┌8为近中阻生，余因张口严重受限而窥视不清（怀疑8┐为埋伏阻生）。两腮腺导管口分泌清亮。

【辅助检查】　遂拍下颌骨全景片，见8┐近中向埋伏阻生，牙冠高点已突破牙槽嵴平面，围绕牙体（主要在牙冠远中面直至牙根处）有骨质稀疏区，边界模糊不清。

【初步诊断】　①“8┐埋伏阻生，②冠周炎，并嚼肌间隙感染，③下颌骨局灶骨髓炎”。

【治疗】　经先锋霉素V 5g静脉滴注，1次/d，抗炎治疗5天，病人张口度达2.5cm时予以拔除8┐。现病人治疗后2.5年，未再复发。

【分析】

1. 本病案特点　本病例被误诊为的2种疾病，均具细菌感染之特征；位于腮腺

部位;可导致张口受限。这也是冠周炎致间隙感染所产生的表现。腮腺内淋巴结炎多无导管口之红肿,挤压腮腺无脓液流出,阻生齿冠周炎也无此症状,因此临床上将二者混淆。

2. 本病案教训　颌面部感染原因,在成人,主要是牙源性,在儿童首先是腺源性。腮腺区炎性肿胀,首先应予以判断感染源。此病人系埋伏阻生,临床视诊不能发现,但病人牙列为$\frac{8|8}{7|8}$,且$\overline{|8}$阻生,又无拔牙史,应特别注意到$\overline{8|}$也阻生,此时只要行下颌骨拍片检查即可发现。此病人误诊的关键在于医生忽视了牙源性感染的可能,虽然“腮腺内淋巴结炎”的诊断可以解释当时的病情,但治疗的错误,导致了疾病的复发,反证了当初诊断之错误。

急性化脓性腮腺炎一旦进入化脓、腺组织坏死或坏疽期,压迫腮腺区能从导管口挤出脓液,但其开口受限仅是轻度或中度,绝不会达到开口不能的严重程度;智齿冠周炎引起的急性化脓性间隙感染与此两项正相反,腮腺导管口无脓肿,可严重开口受限。

（贾暮云）

第三节　颈侧区肿大的误诊

组织细胞型恶性淋巴瘤误诊为流行性腮腺炎

【病史】　男,6岁。半年前春天感冒发热乏力,在村卫生室服用退热片1周后,右耳下区稍肿大,与吃饭无关。镇卫生院以流行性腮腺炎肌肉注射板蓝根制剂,食用蛇皮炒鸡蛋等8天后毫无效果,但左侧耳下始终不肿大。体温达38℃左右,精神尚可。改用青霉素80万单位,肌肉注射,每天2次达半月,右耳下肿大更明显,于5月前转县医院,以翼下颌、颌后、颌下多间隙腺源性蜂窝织炎的诊断,静脉滴注先锋霉素Ⅴ2g、强地松5mg、维生素C 1g,1次/d。用药10天肿胀明显缩小,体温降至正常。遂出院,继口服先锋霉素Ⅳ、强地松、维生素C,共1周剂量。停药后半月,4月前右耳下再度迅速肿大,体温达39℃。去县中医院就诊,以外用拔毒膏,口服汤药治疗近3个月。于半月前因耳下皮肤变红、变暗、破皮流黄水,右颈部肿大与头平齐,呼吸困难,转来我院。

【查体】　发育营养极差,消瘦,痛苦貌精神不振、呼吸急促,三凹现象明显,哭声低钝、无力、嘶哑。口腔科检查:右腮腺区、颌后、颌下及颈侧上方高度肿胀,周径大于头径,表面皮肤呈紫红色,周界散在水泡,中央3处破溃,渗出稀薄黄色液体,压之硬。头被动转向左侧。牙齿虽无龋,但暗淡无光泽,腮腺导管口不红肿,无脓性分泌物。

【辅助检查】　血化验血红蛋白70g/L,白细胞1.9×10^9/L,N:60%,E:10%,L:30%。

T36.8℃,P150次/分,R60次/分。

【初步诊断】　①右面颈部急性坏死性蜂窝织炎?②急性腺淋巴结炎,皮肤腐蚀

损伤？③恶性肿瘤晚期？

【治疗】 小儿内外科、口腔科、耳鼻喉科会诊。共识，小儿处于严重衰竭的恶病质状态，贫血，白细胞降低，体温不升，心率快而憋气。处理意见：①气管切开；②输100ml新鲜血；③抗感染及激素治疗；④肿胀处穿刺抽吸探查及细胞学检查；⑤肿胀处超声检查。

穿刺未见脓液，少许血性液体，涂片镜下见大量炎性细胞及红细胞，未见瘤细胞，超声波示肿胀处有多个液平面。为明确诊断，在右颌下肿胀处切取活检组织送病理。入院后第12天死亡，尸解见颈深淋巴链、纵隔、腹腔及肝脏恶性肿瘤广泛浸润。

【病理诊断】 恶性淋巴瘤（组织细胞型）。

【分析】

1．误诊误治的思路原因　患者为小儿，以耳垂下肿胀为主诉，肿胀前几天又发热，又是在春季，医生多以流行性腮腺炎治疗。当治疗8天无效，对侧腮腺也不肿大时，又理解为细菌性感染，改用青霉素后病情进一步加重。

县医院仍以严重细菌性感染，除用抗菌素外，加用强地松，疗效明显。

中医以活血化瘀拔毒进行消肿治疗作为常规。

2．本病案特点：

（1）小儿以耳下、耳后肿胀进行性加重，伴发热，抗病毒、抗感染治疗无效，加用强地松后从肿胀消减到体温恢复正常疗效显著；但医生认为诊治正确，使病情隐蔽，加重发展。

（2）服中药使大便稀，次数增多，外敷膏药使肿胀加快破溃，均加速病情恶化。

3．教训　小儿的流行性腮腺炎、腮腺区的腺源性细菌感染及恶性淋巴瘤（特别组织细胞型），均以肿胀的体征为特点，同时伴发热，这是共性。

恶性淋巴瘤如首发于小儿耳下腮腺区，其肿胀的进展和发热等症状，比病毒性、细菌性感染为慢，不会有数日内达到高峰的感染中毒症状，发病早期小儿精神正常。

流行性腮腺炎多在流行季节、有接触史，两侧腮腺可同时或先后发病，也可累及其他唾液腺及睾丸。多数患儿为首次发病，可终生免疫，少数罹患2次或多次。

腮腺区的间隙或淋巴结急性细菌性感染，小儿发病急剧，局部肿痛显著，体温升高，白细胞增加，寒战等中毒症状3～4天即达高峰。

4．小结　小儿以耳下腮腺区肿胀为主诉，又无明显周围边界，伴有发热，1周抗感染治疗及抗病毒治疗无效，又无波动或压痛性凹陷水肿的脓肿体征，应想到恶性肿瘤或特异性感染等疾病。对此，没有因为活检而遗憾，造成遗憾的都是诊断性治疗，或不断的观察，使病情加快恶化。

（邓　婧　金志勤）

颈淋巴结炎误诊为恶性淋巴瘤

【病史】 男，36岁。右颈部肿物2月，无疼痛。于1989年12月6日入院。患者2月前曾患“口疮”，经消炎治疗痊愈。后发现右侧颈部有一肿块，无明显自觉症

状。一月前自觉右上肢酸疼无力。曾经“青霉素”治疗半月无效果，遂来院就医。门诊以颈部肿物收入院。患者既往体健，无结核病史。

【查体】 右颈部可见一约 3cm×3cm×5cm 大小的肿物，皮色及皮温未见异常，肿物上界达右耳垂，下界至右下颌角下 3cm，前界为右胸锁乳突肌前缘，后界为右斜方肌前缘，肿物固定，与皮肤无明显粘连；界限较清楚、质地中等硬度，无波动感，无压痛。颈活动自如，其它部位未触及肿大的淋巴结。口内未见异常。

【辅助检查】 胸片示双肺正常。

白细胞 4.8×10^9/L，嗜中性多核白细胞：0.66；淋巴细胞：0.34；肝肾功能及其它常规化验检查未见异常。肿物穿刺未抽出液体。

【初步诊断】 恶性淋巴瘤。

【治疗】 手术切除肿瘤。术中见：肿物在胸锁乳突肌深面，颌下三角区内，并与周围组织粘连，肿物包膜不完整，表面呈结节状；其前界为右下颌角下 2.5cm，胸锁乳突肌前缘约 1cm，后界为斜方肌前缘；上界为茎突；下界平下颌角下 5cm，深至椎前筋膜，大小约 5cm×5cm×5cm，呈尖向内的倒锥状；肿物压迫副神经并与之粘连，亦与颈动脉鞘有粘连，鞘内神经、血管未见异常。肿物周围无肿大的淋巴结。

【术后病理诊断】 颈部淋巴结炎。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　颈部无痛性肿块，病程短，肿物体积增大明显，且伴有上肢酸痛无力之压迫症状，临床多考虑“恶性淋巴瘤”或“转移癌”等，通常情况下是这种思路。

医生拟诊为恶性淋巴瘤或转移癌之可能性，随即仔细地对鼻咽部，肿块周围的淋巴结，胸部双肺进行了检查，一般也是这种检查程序，但其结果均为阴性。

2. 本病案的特点　颈部无痛性肿块，与周围组织粘连较重，但无浸润性生长的特点。虽疑为恶性肿瘤，但临床特征及各项检查并未找出支持诊断的依据。而颈部单发性淋巴结炎伴有累及副神经症状，在临床上常与早期颈部恶性淋巴瘤，颈部转移癌较难鉴别。

3. 教训　本病例中所患疾病(颈部淋巴结炎)与被误诊为疾病(颈部恶性淋巴瘤)在该患者身上共有的特点：颈部无痛性肿块，渐进性增大，伴副神经受累症状。

恶性淋巴瘤的特点：

1)颈部发生的恶性淋巴瘤主要表现为淋巴结肿大。

2)主要靠活组织检查方能确诊。

误诊原因分析：

1)颈部恶性淋巴瘤临床上属少见病例。遇到颈部肿大淋巴结仍以炎症为多，不可否认，临床上也可碰到将颈部恶性淋巴瘤误诊为颈部淋巴结炎、结核的病例。

2)颈部淋巴结炎的特点：①颈部肿块，一般无明显症状。②病人痛苦很小；③可找出炎症来源(本例颈淋巴结肿大发生在“口疮”治疗之后)。④抗炎治疗肯定有效。

3)每一种疾病临床表现没有固定模式，均因患于不同解剖部位而症状各异，临床

医生绝不能把该部位的常见病或少见病的体征套用在所有共同症状的患者，医生应努力地寻找每位患者的具有鉴别意义的特殊性。

4．小结　颈部淋巴结炎常表现为颈部一侧或两侧大小不等的肿大淋巴结。但颈部单发性巨大淋巴结炎伴副神经受累出现相应症状者，在临床上常与颈部恶性肿瘤，颈部转移癌及神经鞘瘤等较难鉴别。

当手术完整切除肿块，病理检查是区别炎症或肿瘤唯一有据的方法。

头颈部发生的恶性肿瘤主要表现为淋巴结肿大，而颈部肿大之淋巴结恶性淋巴瘤仍是少数，应以病理诊断为依据。

（杨佑成）

颈动脉体瘤误诊为神经鞘瘤

【病史】　女，46岁。右侧颈部肿块3年余，于1993年4月8日入院。患者3年前无明显原因出现右侧颈部肿块，渐进性增大，但生长缓慢。以“颈部淋巴结炎”抗炎治疗数十天，效果不佳，肿块无缩小。因增大不明显，观察对症治疗。近3月来，进食吞咽有异物感，伴有轻度声音嘶哑，遂以颈部肿块入院手术。既往因子宫肌瘤切除子宫；因胆石症切除胆囊。

【查体】　右侧颈动脉三角区及下颌角后下方有一约3cm×4cm×5cm椭圆形肿块，质地中等硬度，轻触压痛，活动度差，表面光滑，血管搏动感明显。右咽侧壁粘膜光滑，无充血，无肿块内突。

【辅助检查】　颈部B超示右侧颈部上区突性低回声区，约4cm×5cm，边缘清楚。未作CT检查。血常规，出凝血时间均正常。

【初步诊断】　右侧颈部神经鞘瘤。

【治疗】　于4月12日局麻下行颈部包块摘除术。术中见肿块位于颈总动脉分叉处，与颈总动脉、颈内动脉、颈外动脉关系密切，经仔细分离于肿瘤下端显露颈总动脉，肿瘤上端显露颈内动脉及颈外动脉后，确认肿瘤为实性肿块，呈暗红色，触之血管杂音颤动非常明显，肿瘤位于颈内、外动脉分叉处，且包绕颈动脉鞘，术中诊断为“颈动脉体瘤”，手术停止，分层关闭术腔。住院8天，拆线出院。

术后随访一年，患者右侧颈部肿瘤仍慢性增大，生长不快，其它症状也不明显。一年后原手术者陪同病人去北京一大医院，经数字减影显示，肿瘤边界清楚，位于颈动脉分叉处，压迫一侧颈总动脉，观察脑部血管，有明显的侧支循环。压颈训练一周后准备行一侧颈总动脉结扎手术。第二次手术于1994年8月21日，在全麻插管下行颈动脉体瘤切除术、术中经仔细分离，结扎颈外动脉，肿瘤从颈外动脉及颈内动脉壁上完整剥除，且颈动脉无明显损伤。手术顺利。术中出血约800ml，输血600ml。术后半月，病人痊愈出院。术后患者声音嘶哑明显，随访半年后完全恢复。

【术后病理诊断】　右侧颈动脉体瘤。

【分析】

1．误诊误治的思路原因　颈侧部肿块，慢性渐进性增大，无明显自觉症状，临床

很难确定肿瘤性质，须作认真的鉴别诊断后，才能拟诊为某种疾病的可能。颈动脉体瘤是颈部少见的肿瘤，易误诊漏诊。本病人有轻度声音嘶哑，故而认为迷走神经的“神经鞘瘤”可能性大，其治疗是手术切除肿瘤，这种思路不无道理。

当手术中发现为颈动脉体瘤时，由于术前对本病认识不足，未能作好充分的准备，盲目手术切除肿瘤，结扎颈总动脉或颈内动脉，必将造成严重的后果。再者术前也未能与病人家属交待清楚，未征得病人及家属的同意，医生也无权再扩大手术范围，使患者遗留明显后遗症甚至危及生命，因而放弃手术而致失败。这也是医生常规思路和应有的治疗原则。

2. 本病案的特点　颈部无痛性肿块，尤其颈动脉三角区的肿块，慢性进行性增大，未引起医生的高度重视，术前没能作认真细致的检查及必须的鉴别诊断，或对某些疾病的重要性认识不足(颈动脉体瘤)，在未作好术前充分准备的情况下，轻率的实行颈部肿瘤局麻切除术，结果铸成大错，给患者增加了不必要的手术痛苦。幸免，首次未作颈动脉体瘤切除手术。

3. 教训　本病例所患疾病(颈动脉体瘤)与被误诊为的疾病(神经鞘瘤)，在该患者身上共有的症状：颈侧肿块，无痛性慢性增大，肿块位于下颌后下缘，颈动脉三角区内。

颈动脉体瘤是颈部少见的肿瘤，其治疗应在充分准备下手术切除肿瘤。术中常见有 3 种情况：①肿瘤未侵犯颈动脉管壁，或与动脉管壁虽然有粘连，但能完整的分离摘除肿瘤，这是最理想的。②肿瘤侵犯动脉以及静脉管壁，且范围较广泛，需将肿瘤和血管一并切除。③肿瘤侵犯动脉管壁，但侵及范围较小，切除肿瘤后尚能行动脉缝合或血管吻合手术。第②③种情况危险性大，死亡率高，大部因动脉血栓形成或脑动脉血管未形成侧支循环，突然大脑缺血引起偏瘫。本病例属第一种情况。

颈动脉体瘤的临床特点：①颈动脉体瘤是化学感受器瘤；②肿瘤血管丰富，没有包膜与血管粘连；③手术难度较大，稍有不慎即有导致术中大出血而死亡；④数字减影摄影，能清楚显示肿瘤的部位、形态、大小以及脑部侧支循环是否建立，以指导手术。

术前应作相应的必要的检查，对颈部肿块，不容忽视。对可疑颈动脉体瘤患者除进一步检查外，术前应作压颈实验，以促进脑侧支循环的建立，同时应作充分的心理准备及条件准备，特制周密的手术计划及处理措施，备足够血量，一般情况配备不少于 2000ml。

术前应与患者家属将病情，术中可能发生的情况以及预后交待清楚，征得合作与理解。

(杨佑成)

颈淋巴结寒性脓肿误诊为鳃裂囊肿

【病史】 女，36 岁。因颈部肿物发现年余，突然快速长大约 10 天入院。患者自诉约一年前偶然发现右侧颈上部有一肿物，无明显疼痛不适，逐渐长大。感冒时肿物

有快速增大并伴轻微疼痛史。门诊曾以“上感、颈淋巴结炎”给予抗生素治疗，近期有效。但肿物全程总体上仍呈持续长大趋势。否认重大全身疾病史及传染病史，家族史、个人史无异常。

【查体】 右颈上部，胸锁乳突肌前缘触及圆形包块，范围约为5cm×4cm，质地中等，与周围组织轻度粘连，无明显波动感。肿物下方可扪及数个约1cm直径肿物，相互连续，界限不清。局部穿刺抽出约5ml血性混浊浓稠液体，未见明显胆固醇结晶，未送镜检。

【辅助检查】 “B”超检查示颈部血管旁囊性肿物，壁厚，与周围组织界限清。

【初步诊断】 鳃裂囊肿合并感染。

【治疗】 大剂量抗生素控制炎症，治疗两周肿块无明显缩小，但质地变软。全麻下手术，术中见肿块位于颈鞘表面，与周围组织粘连明显，肿块下方沿颈鞘排列数枚肿大淋巴结，相互粘连。仔细钝性分离后，将肿块连同肿大淋巴结一并切除。剖开肿块，有大量红色脓样液体及颗粒样物质流出。冰冻活检报告为：淋巴结寒性脓肿。术后患者创口一期愈合。补拍胸部X光片双肺未见结核及钙化灶。

【最后病理确诊】 颈部淋巴结寒性脓肿。

【分析】

1. 误诊分析　本例患者主诉，临床表现和病史均无明显特征性，虽可初步排除恶性肿瘤的可能，却无法分辨肿块的具体性质。最具鉴别诊断价值的为穿刺液检查，而恰恰因此造成本例患者误诊。穿刺液呈血性混浊液，为医生提供错觉，认为囊肿并发感染。镜检或许可以避免误诊，但这一检查手段却被轻易放弃了。

2. 本案例特点　患者所患疾病（颈淋巴结寒性脓肿）与被误诊疾病（鳃裂囊肿合并感染）在以下方面有其共同特点：

(1)肿物生长缓慢，渐大，有时大时小史。在囊肿存在感染和淋巴结伴细菌感染的情况下均可发生。抗生素治疗有效。两者是相同的。

(2)发病部位：胸锁乳突肌前缘，颈上部自然为第二鳃裂囊肿最常见部位，但亦为颈淋巴结核的常发部位，虽然颈后三角或许更多见。

(3)类圆形包块，质地中等，与周围组织轻度粘连，邻近淋巴结肿大。在炎症存在的情况下，囊肿与结核均可有此表现。

(4)肿物质地，炎症可使囊肿变得失去囊性感；中心坏死也可引起原为实性的淋巴结呈现囊性感觉。

(5)“B”超检查：对于壁厚且有感染的鳃裂囊肿与中心大范围液化的淋巴结也不具鉴别诊断价值。

(6)穿刺液，一般来讲，典型的鳃裂囊肿的穿刺液与未并发其它细菌感染的中心液化的淋巴结核的穿刺液应具重要鉴别价值。前者为淡黄色米汤样液体，后者多为红褐色浓稠液体，内含干酪样坏死颗粒。但感染的存在可使穿刺液变得不典型而失去鉴别价值。穿刺液镜检，在囊肿应可找到胆固醇结晶；在结核，应能找到结核杆菌，但应注意，结核杆菌的寻找是有一定困难的。

3. 教训及总结　囊性肿物一般具有特征性的囊液、用穿刺及超声波检查等手段，一般很少会与非囊性肿物混淆。但许多实性肿物因其中央部分液化而发生囊性变，这种非真性囊肿在临床上极易误诊为真性囊肿。由于感染等因素的影响，本来具有鉴别诊断价值的穿刺液也会失去典型特征，无法提供鉴别诊断线索。认真仔细检查穿刺液是很必要的，但在很多情况下，最后确诊只能依靠病理检查。

（魏孝才）

咽旁异位脑膜瘤误诊为慢性咽炎

脑膜瘤占颅内肿瘤的13%～19%，占椎管内肿瘤的1/3左右。异位于颅外的脑膜瘤较为罕见，约占全部脑膜瘤的1%～2%，其中以眶内最多见，累及口腔颌面部者较少，常被误诊。异位脑膜瘤一般属良性肿瘤，恶性者少见。

【病史】　女，38岁。因咽异物感、堵塞感2年，发现左颈部包块半月于1991年12月11日入院。患者近2年前无明显诱因出现咽部异物感、吞咽时加重，无吞咽困难，无痛，无咳嗽。曾在当地医院就诊，诊断为慢性咽炎，给予中药含化等治疗效果不著。之后不断就医，均诊断为慢性咽炎。2月前左侧下颌角内下处发现包块，无疼痛，于耳鼻咽喉科就诊，查体见鼻咽部无明显异常，于鼻咽部活检示粘膜慢性炎症。遂给予青霉素、甲硝唑静滴10余日，包块未见消退，收入院治疗。

【查体】　咽部粘膜轻充血，咽反射敏感，左侧口咽部侧壁膨隆，触诊于粘膜下可及包块，质较软，无压痛，无搏动感。左侧下颌角内下可触及直径约3cm大小包块，质韧，边界清，与皮肤无粘连，与咽旁触及的肿物为一体。

【辅助检查】　CT示左侧咽旁间隙内约3cm×4cm×3cm大小肿物，接近颅底，颅底骨质未见破坏，边界清晰，密度均匀，强化后肿物密度均匀一致性增高。

【初步诊断】　咽旁间隙肿瘤。

【治疗】　气管内插管静脉复合麻醉下前方下颌劈开颅底进路手术切除肿瘤，手术顺利。

【术后病理诊断】　脑膜瘤。

【分析】

1. 原误诊医生的常规思路原因

(1)本例病人系中年女性，属慢性咽炎的好发人群，以咽部异物感、堵塞感就诊，且存在咽部充血等体征，故未进一步检查，便诊断为慢性咽炎。

(2)慢性咽炎常常病程较长，症状顽固，不易治愈，故以后的随诊中均未警惕其他可能的疾患，一味按慢性咽炎处理。

(3)当出现左侧颈部包块时，只想到排除鼻咽癌的可能，未仔细查体，忽视了当时已经存在的左侧口咽侧壁的膨隆。

2. 本病案特点　本例系中年女性，以咽部异物感、堵塞感为首发症状，诊断为慢性咽炎，治疗无显效。2年后发现左侧颈部包块，鼻咽部查体及活检无异常，但未仔细检查鼻咽部，抗感染治疗无效，经CT扫描发现咽旁间隙肿瘤，并经手术后病理确

诊为脑膜瘤。

3. 教训

(1)本病例中所患疾病(咽旁间隙异位脑膜瘤)与被误诊疾病(慢性咽炎)在该患者身上的共同特点:咽部异物感、阻塞感。

(2)通常慢性咽炎的特点:

1)咽部可有多种明显的不适感觉,如异物感、灼热感、阻塞感、干燥、痒、轻痛及易恶心等。说话多时咽部症状加重;空咽时症状明显,但不影响吞咽。

2)查体可见咽部粘膜充血为暗红色,可有咽后壁淋巴滤泡增生、咽侧索肥厚等。

3)喉咽部、食管、咽旁间隙、颈部、颈椎等部位的隐匿病变,可有咽部异物感及其他酷似慢性咽炎的症状,故在诊断慢性咽炎时必须进行全面的检查,以排除上述疾病的可能。

(3)误诊原因分析

1)对咽部异物感缺乏足够的认识,在未经全面检查的情况下诊断为慢性咽炎,忽视了咽异物感可能是某些器质性病变的早期表现。

2)在初诊误诊为慢性咽炎后,复诊时亦未认真了解病史和查体,未能使错误的诊断得以纠正。

3)当出现颈部包块就诊于耳鼻喉科时,曾怀疑为鼻咽癌并行鼻咽部检查,却竟未注意到口咽侧壁膨隆,使诊断再次被延误。

4)异位脑膜瘤罕见,对其特点缺乏认识。

5)被误诊疾病(异位脑膜瘤)的特点:

①异位脑膜瘤一般属良性,极少数为恶性,男女均可发病,儿童和青年多见,中老年亦可发生。

②异位脑膜瘤可见于眉间、眶部、鼻腔、鼻窦、中耳、外耳道、鼻咽部、口腔、颞下窝、咽旁间隙、翼腭窝及皮肤等处。

③肿瘤生长缓慢,无疼痛,向周围膨胀性生长,肿瘤长大后可压迫相应的组织器官,影响其结构和功能,产生相应的症状。故本瘤的临床表现可十分多样、复杂,并无特异之处。

④一般沿疏松的软组织间隙内生长,当肿瘤生长较大时,可导致邻近骨质压迫性吸收破坏。

⑤ CT 对异位脑膜瘤有重要的诊断价值,可显示肿瘤的大小、范围、形状及与邻近器官的关系,甚至可在一定程度上作出定性诊断。可了解与颅底、颅内的关系,为手术提供必备的依据。

⑥早期出现骨质破坏,短时间内迅速生长,肿瘤内部出现坏死及有远处转移等情况提示为恶性脑膜瘤。

⑦本病诊断依赖病理。

4. 小结

(1)对表现为咽异物感、咽阻塞感的病人应警惕其可能系某些隐匿疾病的早期信

号,需全面检查、定期随诊。每次复诊都应以初诊对待,以便能使错误的诊断得以矫正。

(2)发生于咽旁间隙的异位脑膜瘤生长缓慢,症状不明显,易误诊。需了解本病的特点,仔细、全面查体。CT 扫描有助于本病的及时诊断。

(孙　彦)

小儿颈部假性动脉瘤误诊为咽旁间隙感染

假性动脉瘤是因动脉壁破裂,血液外溢而形成,多发生在颈动脉经过的咽旁间隙,病情加重时可延至其他颈部间隙。导致动脉壁破裂的原因有炎症腐蚀、外伤、肿瘤侵蚀等。Marion(1982)报告颈动脉外伤后形成假性动脉瘤者约占 1.07%。假性动脉瘤与真性动脉瘤不同,其实际上是附着在动脉壁外的憩室样的搏动性血肿。颈部假性动脉瘤比较少见,可因延误诊断或处理不当而引起致命性大出血。

【病史】 男,8 岁。因右侧颈部肿物 18 天于 1985 年 10 月 9 日入院。患儿 1 月余前口含硬质塑料吸管玩耍时突然扑倒,塑料管刺伤咽部,当时有咽部右侧痛,少量出血,未作特殊处理。18 天前右侧上颈部出现一包块,约 3.0cm×2.0cm 大小,质软,无痛,伴发热。7 天前右颈部包块增大并出现疼痛,伴有恶心、呕吐、头痛。考虑为咽旁间隙感染,予以抗生素静滴 1 周无效,经皮肤穿刺抽出少量暗红色血液。

【查体】 一般情况尚可,急病容,查体合作。右侧眼裂较左侧缩小;双侧瞳孔不等大,右侧直径 5mm,左侧 3mm,对光反射存在。咽部粘膜轻充血,右侧咽侧壁膨隆。右侧颈侧区可见约 18cm×10cm 大肿物,前至左侧胸锁乳突肌前缘,后越过右侧胸锁乳突肌后缘,上至乳突部,下至锁骨上。肿物中心区域皮肤发亮,有搏动感,其余部分质韧,有压痛,皮肤温度不高。肿物听诊可闻及收缩期血管杂音。双肺、心脏及腹部未见异常。

【初步诊断】 咽旁间隙脓肿。

【治疗】 入院后给予大剂量青霉素及庆大霉素等静滴,肿物未见好转,并出现搏动性剧烈头痛。入院后第 6 天怀疑脓肿形成行肿物穿刺,抽出陈旧不凝血液,未见脓液。次日肿块表面缩小,血管杂音消失,气管左移、左肺呼吸音减低。入院后第 10 天突然鼻腔大出血,迅速出现失血性休克,经抢救无效死亡。

【最后诊断】 颈部假性动脉瘤。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)本例来诊时表现为颈部包块,伴疼痛、发热等症状,酷似急性感染,故采用抗感染治疗属常规治疗方法。

(2)当抗感染治疗无效并怀疑化脓时进行肿物穿刺,抽出少量暗红色血液,不能排除或确定脓肿,未注意进一步分析可能的原因。

(3)不了解假性动脉瘤的临床特点,故未重视起病前曾有咽部外伤的重要病史。

(4)当肿物迅速增大,并出现血管杂音时未考虑其他原因,盲目地按脓肿处理,最

终延误治疗而死亡。

2. 本病案特点　本例患儿于咽部刺伤后10余日出现颈部包块，随之肿物增大并出现头痛、发热等。病情日渐加重并出现Horner征等，大剂量抗生素治疗无效，肿物迅速增大，皮温不高，可闻及血管杂音，两次穿刺均见血液，最终发生颈部假性动脉瘤破裂致死。

3. 教训

(1)本例所患疾病(颈部假性动脉瘤)与被误诊为的疾病(颈部间隙感染)的共同特点是：颈部进行性增大的包块，颈部肿胀、疼痛、发热、Horner征等。

(2)通常咽旁间隙脓肿的特点：

1)出现畏寒、持续高热、头痛等全身症状。

2)局部症状主要有咽痛、颈痛、吞咽痛，严重时可有吞咽困难，累及茎突前间隙可出现张口困难。

3)查体可见颈部颌下区肿胀、尤以下颌角后区为重，皮肤微充血，触之坚硬，有压痛。至疾病后期局部可有波动感。颈部肿胀可达腮腺区、向下扩展至颈侧部，重者可超过颈中线。咽侧壁及扁桃体向内推移，炎症波及颈交感神经及迷走神经时可出现Horner征及喉痉挛等。

4)于颈侧肿块波动处穿刺抽脓可确定诊断。

(3)误诊原因分析：

1)本例起病前有明显的咽部刺伤病史，颈部包块出现在外伤后10余日，此病史十分明显且重要，但在诊治过程中始终未被重视。当患儿头痛、发热等症状并未因抗感染治疗而好转，相反却在迅速加重时，并未想到可能存在其他原因。患儿住院后发现巨大的颈部包块，且有血管杂音等体征，两次穿刺抽出血液等临床表现均难以用感染或脓肿解释，但却未予认真考虑，未意识到颈部假性动脉瘤的可能，终因误诊而失去了救治的时机。

2)被误诊疾病(颈部假性动脉瘤)的特点：

①起病前有外伤或感染等病史，有一定潜伏期。

②近期出现咽侧壁和(或)下颌角处包块；可伴有Ⅸ、Ⅹ、Ⅻ等颅神经麻痹及Horner征；有时可有外耳道及鼻腔出血；颈部包块可扪及震颤和闻及血管性杂音；压迫动脉近侧段可使肿物缩小、紧张度减低，并可停止搏动。少数患者可因假性动脉瘤压迫面神经颅外段而出现面瘫。

③外耳道、鼻腔、咽腔少量出血，咽腔侧壁内移、剧烈眼痛、额部跳痛等应视为假性动脉瘤破裂致死性大出血的危险征兆。

④Doppler超声检查、CT扫描及磁共振成像均可帮助诊断。数字减影血管造影为确定假性动脉瘤瘤体的来源及治疗提供了更为先进和可靠的方法。

⑤诊断性穿刺易诱发致死性出血，对疑为假性动脉瘤的局限性肿胀不宜进行。

4. 小结

(1)本例系一较为典型的外伤所致的颈部假性动脉瘤，由于对本病缺乏足够的认

识，以及局部炎症表现较明显等原因而未能及时确诊，失去了治疗时机而导致死亡。

(2)颈部假性动脉瘤可并发感染而误诊为咽旁间隙脓肿，若突向咽部明显可能误诊为扁桃体周围脓肿。在临床上遇到近期出现的颈部包块，特别是有外伤、感染等诱发史者，出现与本病有关的症状时，应首先怀疑假性动脉瘤的可能。

(3)外伤所致的颈部假性动脉瘤无完整包膜，并被凝血块、肌纤维包绕，囊壁不牢固，又有渗出、水肿，组织质脆，此时穿刺有造成破裂大出血的危险，特别是合并感染时危险性更大，故不可贸然进行。

(4)临床上应提高对本病的警惕，根据病史、临床表现及 Doppler 超声、数字减影血管造影、CT 及 MRI 等一般均可确诊。

(5)由于颈部假性动脉瘤一旦突然破裂出血，常可危及生命，故一经确诊应立即手术。

（孙　彦）

舌根癌误诊为喉癌

【病史】 男，67岁。因喉切除术后4年，咽异物感4月，颈部包块1月于1991年6月8日入院。患者4年前因嘶哑8月、呼吸困难1月就诊，查体见双侧声带菜花状肿物，声带运动障碍，活检为高分化鳞状细胞癌，行全喉切除术，术后行放射治疗。术后每3～6月复查，未见喉部肿瘤复发征象。近4月来出现咽部异物感，有时舌根部有轻微刺痛感，曾行导光纤维喉镜检查，见喉咽及气管情况良好，给予复方克菌定含化、Dobell 液漱口等，症状有一定好转，未进一步诊治。1月前颈部左侧发现包块，进行性肿大，行颈部 CT 扫描示左侧颈部淋巴结转移癌。

【查体】 全身检查无异常。左侧中颈深淋巴结约 3cm×3cm 大，质硬，活动，无压痛。颈部气管造口处未见肿瘤复发征象。

【初步诊断】 喉癌术后颈部淋巴结转移。

【治疗】 全麻下行左侧改良根治性颈廓清术，术中冰冻快速切片示颈淋巴结内腺癌转移。术后病理亦报告为腺癌转移。为寻找原发灶行舌根部检查，见舌根部左侧有直径约1.5cm大小肿物，表面欠光滑，质韧，活检报告为腺癌。全麻下行下颌正中切开术切除肿瘤，术后行放射治疗。

【术后病理诊断】 舌根部腺癌并颈淋巴结转移。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)咽部异物感及咽部轻痛是常见的临床症状，特别是已行全喉切除及术后放疗的病人，此类症状更为常见，按慢性咽炎治疗有一定疗效，故未进一步检查。

(2)病人系喉癌手术加放疗后4年，定期复查时医生仅注意切除的局部，忽视了其他部位的检查，无颈部检查缺乏详细记录。

(3)每种恶性肿瘤术后如再出现原因不明的淋巴结肿大，想到原肿瘤的转移癌是正确的，但未想到多原发癌的可能。随着恶性肿瘤治疗后生存期的延长，多原发癌患

者越来越多,应有这种意识。

2. 本病案特点　本例4年前曾患喉癌并行全喉切除术及术后放疗,术后随诊,直至发现颈部转移癌而怀疑喉癌术后转移。期间虽然病人已出现咽异物感、咽部轻痛等舌根癌早期症状,但未注意对其他部位全面检查,忽视了喉部以外其他部位还会发生恶性肿瘤的可能,因而导致了舌根癌的误诊。直至颈部淋巴结转移灶活检为腺癌时,才考虑到多原发癌,遂于舌根部发现原发肿瘤。

3. 教训

(1)本例中所患疾病(第一癌为喉鳞癌,第二癌为舌根部腺癌并颈部淋巴结转移)与被误诊为的疾病(喉癌并颈部淋巴结转移)的共同特点是可能出现颈中深淋巴结肿大,另外均可能存在咽异物感及咽轻痛等症状。

(2)喉癌并颈淋巴结转移的特点:喉癌分为声门上癌、声门癌及声门下癌三种类型,声门上癌、声门下癌颈淋巴结发生率较高,声门癌转移率较低。本例属声门癌。声门癌颈淋巴结转移发生率约4%~10%,多转移至气管前、气管旁及颈中深淋巴结。

(3)误诊原因

1)本例患者因喉癌行喉切除术及术后放疗,在以后的复查中医生的注意力均集中于对喉的检查,当出现咽异物感、咽痛等舌根癌的症状时,未予重视,用药物治疗后症状好转更使警惕性被放松,以至于当颈部发现转移癌时只想到可能来自喉癌。

2)医生对多原发癌缺少认识和重视,随诊中未作全面、细致的检查。当病人出现舌根癌早期症状后,曾行纤维喉镜检查,但因未重视对舌根部的观察,使舌根部原发癌因检查时的忽略而漏诊。

3)CT扫描时发现颈部包块符合转移癌,但因扫描层面所限,未发现舌根病变。

4)被误诊疾病的特点:

①多原发癌的基本概念:已确诊第一癌后又在别的部位或器官发生另一孤立的癌肿,且有各自独立的病理形态和独立的转移途径,并完全摒除转移和复发,则可诊断为多原发癌。Brownson(1973)根据第一癌与第二原发癌确诊时间不同,将多原发癌分为同时性多原发癌和异时性多原发癌二类,前者指第一癌和第二原发癌同时确诊或确诊间隔不超过6个月;后者指第一癌和第二原发癌确诊时间在6个月以上。上呼吸道和上消化道多原发癌中异时性者较多见。

②多原发癌的诊断:目前多数学者主张采用Warren和Gates提出的诊断标准,即:(i)每个肿瘤均属恶性;(ii)每个肿瘤均有独特的病理形态;(iii)须排除转移癌。

③舌根癌的特点已有介绍,此处不赘述。

4. 小结

(1)本例第一癌为喉鳞癌,经手术和术后放疗临床治愈。4年后发生舌根部腺癌,属异时性多原发癌。由于缺乏对多原发癌的认识、思维过于局限及检查不够仔细和全面等原因,致使病人在发生第二原发癌后未能及时确诊,失去了早期治疗的机会,增加了痛苦。

(2)呼吸道和上消化道是多原发癌的好发部位,此外多原发癌也可发生于远部器

官,临床可见任何系统、器官也都可相互组合,出现多原发癌。对头颈癌病人应长期严密随访,重视各种症状的出现和演变,对鼻腔、鼻窦、咽、喉、支气管、口腔及食管等需全面检查。医患双方均应了解并重视多原发癌,及时发现早期的新的原发癌,以期获得较好的疗效。

(3)颈深中以上淋巴结肿大,如怀疑为转移灶,应想到原发灶来自头颈部,特别需注意隐蔽性很强的部位,如舌根等,医生的思维不应过于局限。

(孙 彦)

鼻咽癌误诊为卡他性中耳炎

【病史】 男,42岁。左颈部肿块2年,伴耳闭塞感、耳鸣1年,出现偏头痛8个月,左面部肿胀3个月,于1992年8月10日入院。患者因上述症状先后在多家医院就医,曾2次住院治疗,均按颈部淋巴结炎、偏头痛、急性卡他性中耳炎治疗,但均治疗无效而转入本院治疗。

【查体】 左上颈部乳突尖下方有一肿块约5cm×4cm×4cm大小,质硬,固定,边界不清。同侧锁骨上窝亦有一肿块约2cm×3cm×2cm大小,边界不清,与周围组织粘连。左侧面部水肿,口角轻度右歪,左睑闭合不全,左鼻唇沟消失。耳鼻喉科专科会诊检查:左鼓室积液,鼻腔检查无异常。鼻咽镜检查:左侧咽隐窝及侧壁有一新生物,基底较广,表面粗糙,附有脓性分泌物,触之易出血。

【辅助检查】 取新生物活检,病理报告为:鼻咽未分化癌,未作CT检查。

【初步诊断】

(1)鼻咽癌颈淋巴结转移。

(2)周围性面神经麻痹。

【术后病理诊断】 鼻咽未分化癌。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)上颈部肿块,位于颌后区,首诊时易被考虑为颈部淋巴结炎症,应用消炎治疗是正确的。

(2)当病人出现耳闭塞感、耳鸣时,经耳科检查,外耳道无异常,鼓膜无穿孔,多被诊断为卡他性中耳炎,对症处理,通常也是这种思路。

(3)病人出现偏头痛症状时,颅神经检查无明显异常,也只能按偏头痛对症治疗,这也合情合理。

(4)当病人出现面部肿胀,口眼歪斜时,又以面神经麻痹诊治,许多基层医院的医生大都常规对症处理,但均屡屡失败,症状日渐加重。

2. 本病案的要点　颈部无痛性肿块,耳部症状,偏头痛,面部肿胀,均为临床常见的多发的症状,多家医院多个科室对症治疗后,不仅无效,反而病情加重,不仅未引起医生警惕,致使患者被医生像踢球一样踢来踢去,使肿瘤延误诊治,转移,扩散。

3. 教训　颈部肿块(性质待查)、耳闭塞感(原因待查),偏头痛(病因待查),面部

肿胀(原因待查),等诸多症状,医生不究其原因,按头痛医头,脚痛医脚,分别对症处理,其害无穷。

(1)本病例中所患疾病(鼻咽癌)与被误诊疾病(或者症状)在该患者身上共有的特点:颈部肿块、耳症、偏头痛及面瘫。

(2)颈部淋巴结炎、卡他性中耳炎、偏头痛、面瘫的临床特点:

1)临床症状多较典型。

2)对症治疗肯定有效。

(3)误诊原因分析:

1)按误诊疾病或者症状,对症常规治疗后无效,应引起医生的警惕,诊治思路不应停留在常见病(或症状)、多发病上,应想到常见病多发病治疗无效时,肯定是其他疾病。

2)鼻咽部肿物起病隐蔽,位置深在,原发灶小,早期症状不典型,故易被患者及医师忽略而误诊误治。因此,遇有颈部肿块伴有头痛、鼻塞、鼻衄病史的患者,应考虑到鼻咽癌的可能,及时活检,必要时反复取活检,避免漏诊、误诊。

3)被误诊疾病(鼻咽癌)的特点:①早期无明显症状;②耳鸣、耳闷、听力减退;③回缩性血涕;④鼻塞;⑤偏侧头痛;⑥面神经麻痹;⑦上颈淋巴结肿大;⑧远处转移。

4)本病例误诊的原因就在于:①缺乏对鼻咽癌的认识;②对疾病缺乏整体和全面分析;③未作鼻咽部的常规专科检查。

5)以颈部肿块为首发症状主诉就诊者,均已是Ⅲ、Ⅳ期的鼻咽癌,鼻咽癌的淋巴转移率可高达70%~90%。早期发生淋巴结转移是鼻咽癌的特征之一。故而对于非炎症性的颈部包块应考虑到转移癌的可能。

6)头痛及脑神经麻痹为鼻咽癌的重要特征之一。破裂孔位于咽隐窝上方约1cm,癌肿可循此侵犯,常使位于破裂孔的Ⅴ、Ⅵ脑神经受侵,引起头痛。

7)吞咽困难,软腭麻痹,面神经麻痹,表明肿瘤已达颅底,已使Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ脑神经麻痹,因而对于未找到病因的头痛,脑神经麻痹的患者,应想到鼻咽癌的可能。详查鼻咽部。

4.小结　鼻咽癌是一耳鼻喉科常见的恶性肿瘤。因位置隐匿,原发灶小,早期症状缺乏特征性。以颈部肿块,神经症状,开口受限等首诊于口腔科者并非少见。

(1)对颈部肿块并发有头痛、鼻衄、听力减退,患侧面瘫症状者,常规有效的对症治疗,不仅无效,反而病情加重,医生必须扩大思路,突破常见病,想到其疾病隐蔽的特殊性。

(2)鼻咽癌位置隐匿深在,原发灶小,早期症状又不典型,对本病认识不足或稍有疏忽,极易误诊、漏诊。

(3)当首次诊治无效,必须全力抓住疾病最突出的特点,那就是鼻咽部部位较深而隐蔽,早期诊断有赖采用前鼻镜及鼻咽镜检查,发现可疑病变或新生物,取组织活检,常可确诊。

(杨佑成)

迷走涎腺乳头状囊腺癌误诊为脂肪瘤

【病史】 男,38岁。右侧颈部发现一肿物半年。半年前洗脸时右侧颈部异常胀感,自摸在颈中段一拇指顶大肿物,未介意。逐渐长大,3月前服消炎药10天无效,现要求手术治疗。既往健康无系统病史。

【查体】 口腔科检查:颈右侧中部较对侧微微隆起,皮色正常,在胸锁乳突肌浅面能扪及直径约2cm肿物,活动,柔软,无触痛,但有充胀感。颌下及颈部未扪及肿大淋巴结,颌下腺、腮腺、甲状腺无异常。口内粘膜无异常。

【初步诊断】 脂肪瘤。

【治疗】 在局麻加强化麻醉下,沿斜方肌前缘切开皮肤、皮下组织,在颈阔肌深面向前锐性翻开皮瓣。肿物居胸锁乳突肌浅面及前缘,完整切除,直径2cm,灰白色,十分柔软有小囊泡,大小不等,囊壁厚薄不均,壁薄处可见褐色囊液,但极为饱满,很显然该肿物与术前诊断不符;又与颌下腺、甲状腺毫无组织联系,更远离腮腺。即刻快速病理检查:不能排除低度恶性,提示来自甲状腺。请普外科大夫手术台会诊,在同侧甲状腺下极扪及一小肿块,约2mm直径,认为甲状腺是乳头状囊腺癌,颈部肿物为淋巴结转移,决定同侧颈清扫术及该甲状腺摘除。术后7天全拆线,一期愈合。

病理报告:原颈侧肿物为涎腺乳头状囊腺癌;甲状腺慢性炎,局部钙化(术中扪及的肿块)颌下腺慢性炎;颌下淋巴结及颈深淋巴结慢性炎。

临床大夫根据该肿瘤虽属低度恶性,但生物行为极恶性,易早转移,主诉的往往是转移灶这一特点,认为该侧颈部腮腺是唯一的原发灶的可能部位。于术后第20天又全麻下行解剖面神经、腮腺全摘除术,腮腺尾部虽有硬块,可能与上次手术损伤有关,可疑的组织块均作病理,结果:腮腺为慢性炎。

此时引起口腔科、病理科、普外科高度警惕,重作甲状腺及颌下腺的病理标本,病理仍为慢性炎症。

【术后病理诊断】 迷走涎腺原发性乳头状囊腺癌。

【分析】

1. 颈部该肿块的部位,不是常见病多发病所在的器官(腮腺、颌下腺、甲状腺),也不是颈侧舌骨大角平面的颈深淋巴结转移灶、鳃裂囊肿、神经鞘膜瘤等好发部位。

2. 术中原肿物与颌下腺、甲状腺、腮腺无组织连系,病理证实三腺体为正常组织(慢性炎),术中扪及的甲状腺硬块为钙化灶。

3. 术中快速病理报告为不能排除低度恶性是十分正确的。不论来自甲状腺或涎腺都是如此,其形态极为相似,在病理标本没有写明来自何腺体,快速病理难判原肿瘤来自何腺体。

4. 病理科所以提示来自甲状腺,理由有两点,一是病理申请单填写原肿物的部位在颈侧中部(离甲状腺近);二是甲状腺的乳头状囊腺癌的发生率和转移率均较高这一临床事实。

5. 普外科大夫在手术台会诊，当摸到患侧甲状腺有一小硬块时，当即认定原肿物为甲状腺乳头状囊腺癌的转移灶，其理由也是根据在甲状腺的发生率和转移率高，特别根据临床相当多的患者主诉的肿块其实已是转移灶，这说明该肿瘤转移早，形态虽低度恶性，生物行为却极恶性，并且其生长速度远快于原发灶这一临床事实。

普外科大夫应将摸到的甲状腺硬块送快速病理检查。

6. 口腔科大夫见病理报告为涎腺乳头状囊腺癌时，认为颌下腺已去，仅腮腺是唯一的原发灶来源。

7. 小结

(1)医生对颈部肿块，当时看来容易，但又说不清也说不准，对术后不送病理不追踪，自觉满意者问题不少；送病理和追踪观察者，也有遗憾的案例。其中原因之一应想到迷走涎腺。本例是在医生对迷走涎腺一无所知的情况下，甲状腺、颌下腺、腮腺成了“合情合理”下的“冤枉者”。

(2)正常涎腺系指三对大唾液腺及散在于从唇至会厌粘膜下的唾液腺；中耳、乳突、胸锁乳突肌前缘、下颌骨是迷走涎腺的好发部位，也有腹直肌外的迷走腮腺组织原发性腺淋巴瘤的报道；腮腺区的淋巴结内可有涎腺组织已众所周知。

(3)迷走涎腺一旦临床以肿块发现，多已为原发性肿瘤，并且恶性居多。

(4)含唾液腺组织的淋巴结可成为与人类免疫缺乏性感染有关的淋巴结病变和恶性肿瘤的原发部位。由此可见，颈侧上方是头颈肿块多发区就更易理解。

(5)高质量的疗效虽与丰富的临床经验密不可分，但确保少失误或不失误，还必须有严格制度和科学态度。

(金志勤)

迷走涎腺双原发癌误诊误摘两腺体的教训

【病史】 女，50 岁。3 年前由他人发现左侧颈上方一肿物，无任何不适，从未介意。现约乒乓球大；1 年前右侧下颌磨牙区牙床增厚，4 月前牙周溢水，近 1 月咬食物有浮沉感，不灵敏，均未治疗。现要求手术，既往无系统病史。

【查体】 口腔科检查：左侧颈上中交界处一肿物明显突出，呈圆形，皮色正常，扪之软，有囊感，活动，边界清楚，无压痛，直径约 2cm。口内$\overline{7-5|}$区域前庭沟饱满，牙槽突增厚，骨板厚，无乒乓球感或羊皮纸感。$\overline{6|}$的远中溢清亮液体，未见混有颗粒物质。X 线片示$\overline{8-4|}$颌骨呈波浪弧形囊袋样阴影，边界清楚，下颌骨下缘连续性完好。

【初步诊断】 ①颈部脂肪瘤？②下颌骨囊肿？

【治疗】 在局麻下沿左斜方肌前缘切开皮肤及皮下组织，向前锐性牵起皮瓣，见肿物居颈阔肌与胸锁乳突肌之间，约 2cm 直径大，光滑，十分完整，软，一处有小囊泡，灰白色，内含粘液，壁脆嫩。离颌下腺及腮腺均约 1cm，无任何组织连系。手术历 30 分钟，顺利，标本送病理。

病人转向仰卧位。局麻下行$\overline{3|}$远中到$\overline{8|}$近中，前庭沟龈粘骨膜梯形切开，翻瓣，拔除$\overline{765|}$牙齿，见骨腔内溢出蛋清样粘液，未见含有干酪样或胆固醇结晶样物质。骨

腔内的囊壁厚薄不匀，灰白色，脆嫩，很易剥出，其基底骨组织松软，刮除后液氮冷冻。下颌骨下缘及颊舌侧骨板完好，无破孔处。术腔填压碘仿纱条，手术历2小时，顺利，标本送病理。

术后两处的病理报告均为粘液表皮癌。

全科会诊意见：下颌骨粘液表皮癌误诊为颌骨囊肿时有报道，均系原发。但颈部的粘液表皮样癌来自何处？仍认为极大的可能是来自颌下腺或腮腺。于术后第10天全麻下行左颌下腺、淋巴结、蜂窝组织及脂肪清扫术，术中见颌下淋巴结较大，颌下腺后下极较硬；同时腮腺下极也较硬，送快速病理报告为，所送组织损伤，不能进一步明确良恶性。手术者当即决定解剖面神经，全腮腺摘除及颈深上淋巴结摘除。

术后病理报告：颌下腺、腮腺、颌下淋巴结、颈深上淋巴结均为慢性炎症。

【术后病理诊断】

(1)左颈部粘液表皮样癌(迷走涎腺)。

(2)下颌(右侧)粘液表皮样癌(迷走涎腺)。

(3)颌下腺、腮腺、颌下淋巴结、颈深淋巴结(左)慢性炎症。

【分析】

1. 原手术医生的思路

(1)壮年女性，颈侧肿物3年，活动，表浅，软而周界清楚，多考虑为良性的脂肪瘤等。

(2)下颌前庭沟饱满，牙周溢清亮液体，X线片示囊性阴影改变，多考虑为颌骨囊肿。

2. 本病案特点

(1)左侧颈部肿物与右侧下颌骨病变，其临床病史先后相差2年，并且是先有颈部肿物。

(2)下颌骨病区咬食物时，牙齿有浮沉感、不灵敏，司牙周溢清亮液体，不含任何颗粒。

(3)X线片示下颌骨病变区虽有囊性阴影改变，但周界不是清晰的钙化线。

(4)颈部肿物术中所见与颌下腺、腮腺毫无组织连系；颌骨肿物去除后基底骨组织松软。

3. 教训　肿物病史长，表浅，生长慢，又活动，软而边界清楚，多为良性，但低度恶性者，也有潜隐其中。颌骨囊性改变溢液体多为囊肿，但低度恶性的囊样肿瘤，也以同样表现而发病。

颈部肿物在手术中所见与颌下腺、腮腺无任组织连系，因对迷走涎腺在颈侧上方是好发部位一无所知，所以当病理报告原肿物是粘液表皮样癌时，又强迫性认为还是可能来自颌下腺或腮腺。第2次术中颌下腺后下部及腮腺尾部稍硬，与第1次手术后水肿浸润有关，腮腺尾部术中快速病理因组织损伤，不能进一步确定良恶性，不能提示是肿瘤，结果还是在“冤枉”了颌下腺的同时又无辜的“牺牲”了腮腺。

当病灶区牙齿咬食物有浮沉感、不灵敏，X线片示囊性改变周界没有钙化边缘，

去除肿物基底骨质松软，骨腔内溢出蛋清样粘液综合考虑，均是恶性表现，但每一环节都没有引起警惕。

4.小结　腮腺内有淋巴结，腮腺区域的淋巴结内可含有涎腺组织，下颌骨内及胸锁乳突肌浅面和前缘，是迷走涎腺的好发部位，均容易发生涎腺性或腺淋巴性疾病。当颈部肿块体征是良性，术中清楚视见与各腺体毫无组织连系，触诊各腺体又无异常，快速病理又证明原肿物为涎腺良性肿瘤或临界性肿瘤和极低度恶性肿瘤，此时不可用推理的方法离原肿物最近的腺体，就是原发灶所在地而切除之。仅可将肿物所存着的周围蜂窝组织、结缔筋膜组织及淋巴结锐性切除，然后追踪随访观察。术中最近的腺体即是有可疑肿块，也必须在快速病理的根据下决定是否切除。

（金志勤）

颌下腺腺样囊性癌误诊为淋巴结核

【病史】　男，34岁。右颌下肿物10年余，半年来阵发性钝痛，于1993年来我院就诊。患者10年前发现右颌下肿块似枣大，缓慢生长，无不适感。6年前曾在卫生院诊为颌下淋巴结核，抗结核治疗无效，检查发现口底颌下腺导管内有结石，取出黄豆粒大小结石一个。颌下腺肿块抗炎治疗，仍无效果。近半年来右颌下区阵发性钝痛，并向同侧耳颞部放射。疑为颌下腺肿瘤(性质待查)收入院。既往健康，家族中无结核病史。

【查体】　一般情况良好，右颌下区膨隆，局部可触及4cm×5cm×4cm椭圆形肿块，表面呈结节状，质较硬，肿物与下颌骨内侧骨壁粘连固定活动度差，口底粘膜无异常，颌下腺导管内无结石性硬块。张口度不受限，颌下区及颈部淋巴结均未触及。

【辅助检查】　下颌骨全景X线片示：下颌骨骨质未见异常。胸部CT检查示：肺内可见散在性、多发性结节状阴影。肝脏B超未见异常。印象：考虑肺转移瘤，即在局麻下行右颌下肿块活检，病理报告为：腺样囊性癌。

【治疗】　先行化疗：采用环磷酰胺600mg和氨甲蝶呤10mg及长春新碱1mg隔日轮流交替静滴11次，2个疗程后肝功能出现异常，故停药行保肝治疗。3个月后在全麻下行右颌下腺肿瘤及部分下颌骨切除术，颌下舌骨上清扫术，术后伤口愈合良好。痊愈出院。出院后追踪随访，于术后6个月，右颌下肿瘤局部复发，伴阵发性锐痛。术后8个月前胸，头顶部及右上臂等处皮下先后出现转移性肿块，胸片示：两肺呈多发性大小不等结节状阴影。术后13个月出现腰痛，经CT检查证实，第一腰椎有癌瘤转移灶。病人于术后18个月，终因肿瘤局部复发伴全身广泛转移死亡。

【术后病理诊断】　右颌下腺腺样囊性癌。

【分析】

1.误诊误治的思路原因

(1)右颌下肿块，慢性生长，无特殊不适感，首诊考虑颌下淋巴结核，即行抗结核治疗。有不少基层卫生院常常是首先采用的治疗方法。

(2)当抗痨治疗无效，再考虑炎症。因颌下腺导管结石，行口腔内手术摘除，

并认为颌下肿物是结石性颌下腺炎，又抗炎治疗，通常都是这种思路和常规治疗程序。

(3)终因上述治疗无效,当疑为颌下肿块为肿瘤而收入院治疗时,至此已延误诊治达10年之久。

2. 本病案特点　右颌下肿块,无痛性缓慢性生长,以结核炎症保守治疗,不仅无效,反而病情越来越重,竟未引起医生警惕,当阵发性,渐进性钝痛向耳颞部放射时,才疑为颌下腺肿瘤,进一步检查治疗,但肿瘤已浸润扩散,全身性转移。

3. 教训

(1)基层医疗单位是患者就诊的第一窗口,诊断治疗正确与否对疗效和预后非常重要。误诊病例,主要是缺少专科医生,缺乏专业知识,再加基层医疗单位设备不全为颌面部肿瘤误诊的重要原因之一。

(2)本病例所患疾病(腺样囊性癌)和被误诊为的疾病(颌下淋巴结核),在该患者身上共有的特点:颌下肿块,慢性生长,初期无痛,后期伴阵发性钝痛。

(3)颌下淋巴结炎的特点:

1)抗结核治疗肯定有效。

2)局限性肿块可以手术切除。

(4)误诊原因分析:

1)颌下肿块,若按误诊疾病常规治疗,不仅无效,反而病情加重,应引起医生的高度警惕。医生的思路始终在常见病多发病上,没想到按常见病多发病治疗无效时,肯定是其它疾病。

2)当肿块阵发性钝痛,并向耳颞部放射疼痛时,肿瘤已浸润性生长,给治疗带来很大困难。

3)腺样囊性癌的特点:①肿块常见于颌下腺区;②肿块不浸润皮肤;③沿神经血管束扩展;④侵袭性极强,肿瘤虽有包膜,但常不完整,包膜内外常见细胞浸润;⑤血行转移率高,主要转移至肺;⑥区域淋巴结转移率低。

4)因腺样囊性癌具有很强的局部侵袭性及远处转移力,故又是较难控制的恶性肿瘤。

4. 小结

(1)颌下肿块,首次应用常规治疗方法不仅无效,反而病情加重,医生必须扩大思路、想到少见病的特殊性以及疾病的隐蔽性。

(2)腺样囊性癌是涎腺常见的恶性肿瘤之一,一般发展慢,病程长,多无明显临床症状,术前难于确诊。

(3)当首诊无效时,必须全力抓住疾病的最突出特点。本病例的突出特点是:肿瘤侵袭性极强,沿血管神经束扩展,再就是血行转移率高,主要转移到肺。当肺部呈多发性结节状阴影时、应想到本病的可能。值得注意的是,患者可带瘤生存多年而无症状。

(杨佑成)

舌下腺囊肿误诊为颌下腺囊肿

【病史】 女,42岁。右颌下肿块一年,于1992年7月23日入院。患者一年前右侧颌下长一肿块,无不适,与进食无关。在当地卫生院消炎治疗数日,效果不佳。肿块逐渐增大。

【查体】 全身检查无异常,专科检查:右颌下囊性肿块,约3cm×3cm×3cm大小,边界欠清,无压缩性及压痛,与皮肤无粘连,两颌下腺导管口分泌清亮,通畅。在囊性肿物后方能扪及颌下腺,软硬度正常。

【初步诊断】 颌下囊肿。

【治疗】 于1992年7月8日在局麻下行颌下囊肿摘除术。常规消毒,于右颌下缘隐蔽处切开皮肤,皮下、颈阔肌,钝性分离见一似实质性多叶状且表面没有明显包膜的包块组织。术野有多个出血点,均结扎止血。当手术进行至一个小时左右时,未见术前所预见明显的肿块,颌下腺完好,因剥离组织太深怕有意外,无奈只好将分离物的底部结扎剪除并送病理,缝合切口结束手术。术后经输液,抗生素及止血剂应用,一期愈合。

但右侧颌下区与对侧相比仍高出明显,患者自感其肿块的位置及大小与术前无多大变化。医生以手术后恢复需要一段时间为理由令其出院。

手术切除标本送检,病理诊断为部分颌下腺组织。

患者出院后一年,因右侧颌下囊肿如故,并且比术前还大,又第二次入院,经检查诊断为舌下腺囊肿(颌下型)。局麻下经口内切口,探查囊肿穿过下颌舌骨肌,但与口底的舌下腺相连,吸尽囊液,完整摘除舌下腺及去除囊壁膜,口底切口袋口式缝合,颌下加压包扎。标本送病理,患者痊愈出院,随访3年无复发。

【术后病理诊断】 舌下腺囊肿。

【分析】

1. 本病案特点

(1)术前诊断不明确(误诊):颌下囊性肿块,临床多见于囊性淋巴管瘤、鳃裂囊肿、血管瘤、皮样或表皮样囊肿、颌下型舌下腺囊肿等。本病例诊断为"颌下囊肿"非常不明确,又盲目手术更是错误的。而且由于手术者经验不足,技术能力又不能胜任此手术,结果导致第一次手术中途放弃而失败。

(2)当手术失败后,患者右颌下囊肿如故,术者不但不究其原因,进行必要的补救,竟以病人手术后恢复需要一段时间而出院。

2. 舌下腺囊肿的手术特点

(1)舌下腺囊肿在临床上分为四型,即舌下型、颌下型、哑铃型(舌下颌下型)、咽旁型。

(2)颌下型舌下腺囊肿需与颌下囊性肿物作出明确的鉴别。

(3)舌下腺囊肿根治的手术关键是术中完整摘除舌下腺。

3. 教训

(1)本例手术中误将颌下腺切除的原因：

1)术者不能胜任颌下肿块摘除的手术。

2)局部解剖不熟悉，对颌下腺的认识一无所知，当切开分离组织时，首先碰到的是颌下腺，由于手术视野小，在寻找囊肿时不易分离避开颌下腺，加上出血时间长，术者又精神紧张，已无再寻找囊肿的能力，便误把未完全剥离的部分——颌下腺当作囊性肿物切除。

3)又在没有上级医生指导下自行手术其失败势在必然。

4. 体会　临床手术时，首先应明确诊断，或有几种可能的准备，而且必须熟悉解剖，基本功要扎实，无论何级医院均应对手术严格加强管理，根据医师技术操作水平恰当确定手术人员，对不能独立操作的手术者，绝不要勉强其独立操作。术中如发现特殊意外情况时，应及时请上级医师会诊，给予协助处理，切不可蛮干，以免发生事故。

（杨佑成）

颌下型舌下腺囊肿误诊为囊性水瘤

【病史】 女，18岁。右颌下无痛性柔软肿块2年，于1979年10月入院。患者2年前发现右颌下长一肿块，柔软，无疼痛，渐进性增大，以“颌下囊性水瘤”行手术切除术。术后病理报告为：炎性肉芽组织。手术后第十八天，患者右颌下肿块复发，仍柔软呈囊性，以“囊性水瘤”术后复发，第二次手术治疗。术后病理诊断：颌下囊性水瘤。第二次手术后24天，右颌下原肿块区再以柔软之囊性肿块就诊入院。既往身体健康，无结核病史。

【查体】 右颌下囊性肿块，约5cm×7cm×6cm大，肿块表面颌下缘下2cm处见一平行于下颌骨下缘的切口，疤痕长约12cm。囊肿边界欠清，无压缩性。开口度3.8cm，舌下区无肿块突出。颌下腺导管口泌液通畅。口底双合诊，右颌下腺软，大小、质地均正常。右颌下囊性肿块，边界不清。体位试验阴性，颌下肿块穿刺液呈淡黄色，稍粘稠。未行CT检查。

【初步诊断】 颌下囊肿待检。

【治疗】 第三次手术仔细探查，完整摘除囊肿及右侧舌下腺。术中见肿块囊壁极薄弱，呈半透明状，囊肿位于下颌舌骨肌以下。囊腔约5cm×5cm×6cm大，囊液呈淡黄色，稍粘稠。囊肿与右侧颌下腺无关连。在下颌舌骨肌与下颌骨内侧板之间，有一直径约0.8cm之肌肉缺损，囊肿经缺损区与口底右侧舌下腺相连。术后痊愈出院，随访8个月未复发。

【术后病理诊断】 右侧舌下腺囊肿(颌下型)。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)右颌下区弥漫性柔软之囊性肿块，多被考虑为“颌下囊性水瘤”，行手术切除。

(2)手术仅18天，肿块复发如初，考虑为“囊性水瘤”术后复发，因术后病理诊断

为“炎性肉芽组织”。必须再行手术治疗，这仍是一般的思路，本次病理诊断为颌下囊性水瘤，但这第二次手术仍然失败。

(3)当第二次手术后24天又复发时，不仅未引起警惕，却认为手术病理诊断和临床表现符合囊性水瘤之诊断，仍跳不出诊断错误的误区，再行第三次手术探查。

2. 本病案特点　右颌下无痛性囊性肿块、多被考虑为“囊性水瘤”，“鳃裂囊肿”等行手术治疗。本病例拟诊为囊性水瘤，第一次手术后18天复发，第二次手术后24天复发；第一次病理诊断为炎性肉芽组织，第二次病理诊断为囊性水瘤，其结果屡屡失败，被迫行第三次手术探查。

3. 教训　疾病的误诊必然导致误治，本病案的教训是深刻的。

(1)本病例所患疾病(颌下型舌下腺囊肿)与被误诊为的疾病(囊性水瘤)在该患者身上的特点：右颌下无痛性囊性包块，渐进性增大，治疗唯手术根治。

(2)通常情况下，“囊性水瘤”的特点：

1)多房囊腔十分柔软，彼此间隔，内有透明、淡黄色水样液体。

2)囊性水瘤宜争取早期手术。

3)手术可彻底根治。

4)囊性水瘤多发生于婴幼儿。

(3)误诊误治原因分析：

1)按误诊疾病“囊性水瘤”，采用常规有效的正规手术切除，应能根治。但术后近期内复发，而且病理诊断为“炎性肉芽组织”，应引起医生的高度警惕。舌下腺囊肿镜下囊壁厚薄不一，多由纤维结缔组织或肉芽组织构成。囊肿邻近的涎腺组织内见程度不等的炎症细胞浸润，主要为淋巴细胞和浆细胞。而“囊性水瘤”镜下为大小不等和形态不一的管腔和裂隙，腔内含组织液和少数淋巴细胞，腔壁为结缔组织，内衬一层薄的内皮细胞。两者临床与病理均可鉴别。

2)被误诊疾病(舌下腺囊肿)的特点：

①根据其发病部位，临床上可分为三型：舌下型、颌下型、舌下颌下型(也称哑铃型)。

②肿块呈囊性、触之柔软，无痛性生长。

③囊肿呈淡黄色，穿刺囊内液体为淡黄色且粘稠。

④手术摘除舌下腺可以根治。

⑤颌下型舌下腺囊肿极易误诊为囊性水瘤，或颌下腺囊肿。

3)临床症状应与病理结合，综合分析，得出最终诊断，当病理诊断和临床表现不符合时，应进一步查清病理改变，准确无误，以指导临床。临床上由于病变的解剖结构不同，而出现的临床症状各异，临床医生绝不能把常见症状套用在所有具共性的患者，应努力寻找具有鉴别意义的特性。

4. 小结：

(1)对“囊性水瘤”这一疾病，采用有效的根治手段，两次手术，不仅无效，而且在月内复发，医生必须扩大思路，想到此病有其隐蔽的特殊性。

(2)颌下型舌下腺囊肿临床较少见,发病部位较特殊。舌下腺囊肿多以囊性肿块突出于舌下,当下颌舌骨肌解剖结构的改变,囊肿可通过缺口的区域突向颌下形成囊肿,而舌下区却无任何症状。

(3)当首次诊治无效时,必须寻找该病的最突出特点,本病最突出特点是囊肿通过下颌舌骨肌缺损突向颌下,以无痛性囊性肿块慢性长大。手术仅切除囊肿,术后一定复发。只有完整摘除舌下腺,可以根治。有些病例,仅摘除舌下腺体组织,囊肿部位加压包扎,亦可使该病痊愈。

(4)临床医生,也应熟悉疾病的病理改变,结合临床,正确诊断与治疗,减少误诊误治的机会。

(杨佑成)

颌下腺恶性肿瘤误诊为多形性腺瘤

【病史1】 男,53岁。因左颌下区肿块1月,应用青霉素800万单位加5%葡萄糖,静脉滴注无效而入院。

【查体】 左颌下区肿块约1.5cm×1.5cm×1.5cm大,质地中等,活动,表面光滑。左口底扪及条索状改变。下颌横断船片,颌下腺导管未见结石。余检查未见异常。

【初步诊断】 左慢性颌下腺炎。

【治疗】 抗炎治疗后、行左颌下腺摘除术。术中见颌下腺质地较硬,颌下腺深份与周围组织粘连严重,不能分出舌神经,故仅将浅份摘除。术中未送冰冻检查。

【术后病理诊断】 左颌下腺低度恶性粘液表皮样癌。

【病史2】 男,72岁。右颌下肿块2年,逐渐长大而入院。

【查体】 右颌下扪及肿块约3.5cm×3.5cm×2.5cm大,质地中等,活动尚可,表面呈结节状,无压痛。口底无异常。

【初步诊断】 右颌下腺混合瘤。

【治疗】 行右颌下三角清扫加肿瘤摘除术。术中见肿块与周围组织及舌神经粘连。术中未送冰冻检查。

【术后病理诊断】 右颌下腺腺样囊性癌(圆柱瘤)检查标本四个边缘,一边缘阳性,三边缘阴性。

【分析】

1. 误诊常规思路原因

(1)颌下区肿块月余,多被考虑为慢性炎症,用抗生素消炎治疗,病例1属此情况。

(2)当抗炎治疗后、再采用手术摘除炎性肿块,通常也是这种思路。

(3)颌下区肿块2年,被考虑为颌下腺混合瘤,采用手术切除并颌下三角清扫。此举符合治疗原则,病例2属此种情况。

(4)例1术中粘连严重,始终认为炎症所致。例2虽术中见粘连,但已作颌下三

角清扫，故均未作冰冻病理检查。

2．本病案的特点　颌下腺肿块，临床常见，多被考虑为慢性炎症或混合瘤，在抗炎治疗无效或抗炎治疗后再手术是常规治疗原则。但患者的误诊大多在手术中。由于手术中没做冰冻切片检查或手术切缘没做冰冻检查，仅凭医生主观感觉，造成2例患者屡屡失误。

3．教训

(1)本2例患者所患疾病(粘液表皮样癌和腺样囊性癌)与被误诊为的疾病(慢性颌下腺炎和颌下腺混合瘤)在该患者身上的共同特点：颌下区肿块、抗炎治疗无效、均需要手术治疗。

(2)慢性颌下腺炎和颌下腺混合瘤。

①手术前均不宜取病理活检。

②应手术中明确诊断。

(3)误诊分析原因：

1)颌下区肿块，临床多考虑为慢性颌下腺炎或颌下腺混合瘤，在治疗方面常把注意力集中在炎症或良性肿瘤上，放松了对恶性肿瘤的警惕。

2)目前，涎腺肿瘤的诊断多主张手术中作冰冻切片检查，并据此术者确定手术范围。但具体执行时，因受各种因素的干扰，往往会出现偏误。

3)部分慢性颌下腺炎的腺体也与周围组织粘连严重，临床上很难将炎症性粘连与恶性肿瘤的肿瘤浸润区分开，再加上被临床诊为慢性颌下腺炎的一般都不作手术中送冰冻切片检查。病例1属此种情况。

4)颌下腺混合瘤、颌下腺的低度恶性粘液表皮样癌和腺样囊性癌治疗原则均颌下三角清扫术。故手术者对颌下腺混合瘤施颌下三角清扫术后偶尔就不送冰冻，仅认为反正已做过清扫，即使是恶性肿瘤，手术治疗也够彻底了。病例2属此种情况。

5)被误诊疾病(粘液表皮样癌与腺样囊性癌)的临床特点：

①低度恶性粘液表皮样癌和腺样囊性癌早期的临床表现可类似混合瘤，临床上很难区分。

②该病的发生和生长极为缓慢。

③早期都是浸润性在软组织下生长。

④痛苦极小。

⑤粘液表皮样癌与腺样囊性癌的诊断一定要靠病理诊断。

⑥对手术切缘和可疑淋巴结也应送冰冻切片检查。

⑦对术中发现肿块与舌神经粘连的情况，要究其原因，追踪检查。

4．小结　涎腺恶性肿瘤发病率较高，已在临床诊治中受到重视，但由于颌下区肿块大多为慢性颌下腺炎或颌下腺混合瘤，相对使恶性肿瘤所占比例降低而易被忽视。

对青年病人，无明显之炎症病史的颌下区肿块不论术前诊断为何种疾病，术中应一律作冰冻切片检查。

手术行颌下肿块切除或颌下三角清扫时,应加送切缘和可疑淋巴结作冰冻切片检查。

因颌下肿块的误诊,与手术中冰冻病理诊断有关,手术切除的范围,安全边缘,术者应根据肿块的性质决定,责任重大,应谨慎施术。

(杨佑成)

颌下腺异物误诊为多形性腺瘤

【病史】 男,27岁。左颌下肿块10个月,于1988年4月10日入院。患者于10个月前自觉颌下有一肿物,生长缓慢,时大时小,大时微胀痛。口内自觉有苦咸味,偶有丝状粘液自舌下溢出。胀痛时口服消炎药不佳,偶尔进食有胀感。

【查体】 左颌下区可见一略突起之肿物,双合诊查肿块约3cm×3cm×2cm,中等硬度,表皮无红肿,基部无浸润,肿物表面结节状,与皮肤无粘连。周界清楚,于下颌角内侧可触及一条索状物,质地坚硬,将肿物上推时,自感痛。

【辅助检查】 下颌咬合片未见导管及颌下腺体内结石。实验室检查:白细胞计数15200/mm^3。

【初步诊断】 左颌下腺混合瘤并感染。

【治疗】 经抗炎治疗一周后,局麻下行“左颌下腺混合瘤切除术”。术中见肿物表面有相互粘连的数个变硬淋巴结,颌下腺与周围软组织轻度粘连。随将整个肿物与颌下腺一并完整切除,颌下腺体与导管连接部有一异物,为1.3cm笤帚梢杆。

术后再追述病史,患者于10月前用笤帚梢剔牙时,将其咬断一段,断段弹入口中时自觉左舌下部似被刺一下,略感不适,疼痛不明显,半月后左颌下肿大,时肿时消,肿物渐长大,肿大时略痛。当地医院行口腔检查,未发现异物,故将此节隐去未讲。

【术后病理诊断】 异物性颌下腺炎。

【分析】

1. 误诊常规思路原因

颌下肿块呈结节状慢性生长,偶可伴有疼痛。X线检查:颌下腺及导管无结石,白细胞15200/mm^3,故而拟诊为颌下腺混合瘤合并感染。

颌下腺混合瘤合并感染,宜抗炎治疗后,手术将肿瘤完全切除。这也是合理的治疗方案。

术中切除肿块内发现异物(笤帚梢杆)这才恍然大悟。

2. 本病案特点　左颌下肿块,慢性增大,有消长史,白细胞15200/mm^3,当X线检查,颌下腺体及导管未发现结石时,拟诊为“颌下腺混合瘤合并感染”,而行手术治疗,但本病例误诊,不误治,本病“异物性颌下腺炎”与被误诊疾病“颌下腺混合瘤”都应手术治疗。

3. 教训

(1)病史是临床诊断的重要依据之一,即使患者自认为一个微不足道的细微情节,也可能正是提示疾病产生或发展过程的重要线索。因此,病史的询问必须细致,

耐心，全面，客观。

(2)切忌主观武断。医生自认为绝不可能的有时却是客观存在的。任何随意武断或暗示，引导患者按其自己的意志所叙述的病史都是不可靠甚至错误的，应鼓励患者全面客观的叙述甚至多次重复。并对所述病史加以辨证分析。以求对所患疾病的正确认识。

(3)对患者应和蔼可亲，取得患者信任，消除疑虑。尤其不可凌驾于患者之上，使患者产生恐惧感。这不仅是一个医德问题，也是衡量一个医务工作者是否有科学态度，是否有临床基本功的问题。

(4)被误诊疾病(异物性颌下腺炎)的特点：①有清楚的异物纳入病史。②肿块生长缓慢，时大时小。③口内自觉有苦涩味之丝状粘液从舌下溢出。④进食后有胀痛感。

4. 小结

(1)由于医生疏于病史的详细询问，难以掌握诊断疾病的第一手资料，以致使病史清楚、症状典型的“异物性颌下腺炎”误诊为“颌下腺混合瘤”。

(2)幸运的是异物性颌下腺炎能清楚诊断，治疗方法在本病人身上也要手术治疗，无疑，颌下腺混合瘤合并感染，在抗炎治疗后宜手术切除肿瘤。但每一个医生应该明白，误诊必然导致误治。

(杨佑成)

绿色瘤误诊为骨纤维异常增殖症

【病史】 男，6岁。右侧颧面部无痛性肿块3月，加重10天，于1992年8月14日入院。患者3月前其母无意中发现患儿右面部拇指大小肿块，无不适，以后肿块明显肿大，致颧面部畸形，曾到几家医院检查都未明确诊断。经抗炎治疗数日，无效果。近10日肿块增大明显伴有轻微胀痛而来院。

【查体】 全身情况无明显异常。口腔颌面部检查：眼球突出，眼睑轻度水肿，眼结膜水肿，右侧明显。眼球活动不受限，右眼眶颧骨下方有一扁平状肿块约5cm×4cm×4cm大小，在右上颌颊龈沟外方突出，质硬，不活动，无触压痛，表面光滑，界限尚清楚，牙龈腭侧亦隆起约3cm×3cm×2cm大，质硬。左侧上颌窦前方有一3cm×2cm×2cm大小结节，左右下颌骨体部亦有2块扁平状肿块外突，其质地与右上颌肿块相似，口内乳牙均不松动，无龋坏。

【辅助检查】 血红蛋白：120g/L；白细胞5×10^9/L；N:0.25；L:0.85；出血时间1分钟；凝血时间2.5分钟；尿、肝功、胸透无异常。头颅X线片及上颌瓦氏位片无明显骨质异常。

【初步诊断】 骨纤维异常增殖症？

【治疗】 入院后患者发烧不退，高达39.4℃，化验：白细胞10×10^9/L；N:0.55；L:0.45；给予抗炎治疗5天无好转，行右上颌肿物探查切除手术。术中见骨壁有破坏，表面为硬性纤维样组织。5天后复查血象：血红蛋白3.0g/L；红细胞：1.5×10^{12}/

L;白细胞:6.8×10^9/L;N:0.22;L:0.78。因血色素下降过快,且淋巴细胞分类过高而怀疑血液病,即行骨髓穿刺检查。血细胞学检验结果:粒细胞增生活跃,粒红比为12:1,原粒和早幼粒占45.5%,且异型性明显。诊断:粒细胞性白血病(绿色瘤)。

【术后病理诊断】 粒细胞性白血病。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)上下颌骨无痛性肿块,渐进性增大,质硬,边界清,粘膜正常,且生长在肿块范围内的牙齿无松动,临床上诊断为"骨纤维异常增殖症"的病例并非少见,这也是一般的思路。

(2)当病人伴发高烧,白细胞增高时,给予抗炎治疗,这也是常规治疗程序。

(3)抗炎治疗5天后,病情好转,行肿块探查手术,5天后再查血象,这都是治疗检查常规。发现血色素、红细胞下降过快,疑为血液病,即行骨髓穿刺检查,以明确诊断。

2. 本病案的特点　无痛性颌骨肿块,口腔粘膜无出血,肿块内牙齿无松动,临床诊断为"骨纤维异常增殖症"。当病人血象明显变化时,血红蛋白由入院时的12.0g/L下降为3.0g/L;红细胞1.5×10^{12}/L;经骨髓检查,方确诊为"粒细胞性白血病",辅助化验检查,在诊治疾病中起了重要的作用。

3. 教训　各种类型的白血病都可以出现口腔表征,且最容易侵犯的是牙龈组织,使之明显增生、肥大、水肿,故有不少病例的早期诊断是由口腔科医师所判定;或者通过手术前查体,拔牙手术等进一步确诊,但误诊也在所难免。

(1)本病例所患疾病(绿色瘤)与被误诊为的病(骨纤维异常增殖症)在该患者共有症状:口腔颌骨无痛性肿块,肿块内的牙无松动。

(2)骨纤维异常增殖症的特点:①无痛性肿块渐进性增大,造成颌骨明显畸形。②殆关系错乱;③青春期以前发病;④周围及骨髓血象均正常;⑤早期手术易复发;⑥X线密度增高。

(3)误诊原因分析:

1)口腔症状如拔牙后出血,洁牙后出血或自发性龈出血在局部治疗无效的情况下,可考虑由血液系统疾病所致。以颌骨增生性肿块为表现的白血病实属少见,多不被口腔专科医生重视。

2)当手术前后查周围血象,发现问题,疑为血液系统疾病时,通过骨髓涂片而明确诊断,否则也必将会误诊相当长一段时间,对任何临床体征,医生扩展思路,追踪每一个可疑表现,也是减少失误的很重要的方面。

3)粒细胞性白血病的特点:①周围血象骨髓象有白细胞明显异常增生;②全身淋巴结肿大;③肝脾肿大;④口腔表现如:牙龈明显增生、肥大、水肿,牙龈及口腔粘膜自发性出血,但找不到明显原因等。

4. 小结

(1)对某一病首次诊断后,短时间内症状变化较大,医生必须扩大思路,突破常见

病,想到其少见病的隐蔽存在的特殊性。

(2)由于白细胞极度浸润,牙龈组织极度增生,致颌骨肿块明显畸形,此种口腔表证,临床上极易忽略误诊,如果没有第二次住院复查血象变化,本病误诊也势在必然。

(3)仔细认真复查血象,发现末稍血中有大量不成熟的白细胞,血细胞学验证,粒细胞增生活跃,粒红比例为12:1,原粒和早幼粒占45.5%,及时对本病作出了明确诊断,缩短了误诊时间。

(杨佑成)

恶性纤维组织细胞瘤误诊为8┘冠周炎

【病史】 男,33岁。进行性张口受限2月,于1995年10月入院。患者2月前张口时,右上磨牙后区轻微钝痛和张口轻度受限,8┘后方糜烂,口服甲硝唑和口泰液漱口一周无效,以8┘阻生牙"咬伤软组织"将其拔除。开口困难有些加重。检查拔牙窝及其后上糜烂时,发现右上颌磨牙后区有一软组织肿块,右侧上颌骨较对侧也有明显增大。摄片右侧上颌骨密度无明显变化,双侧鼻窦无异常。即行糜烂肿块创面活检术。病理报告"纤维组织细胞瘤"。因开口受限进行性加重入院。既往史:于1年前因右下颌阻生牙,冠周炎反复发作拔除8┐牙齿。

【查体】 颌面部不对称,右侧上颌骨增大,口内右上颌结节与喙突之间饱满,压痛。右上颌磨牙后缘可扪及软组织肿块约3cm×2cm×2cm大小,边界欠清,且有一不愈合的糜烂创面约0.5cm×0.5cm大小,张口度1.5cm。

【辅助检查】 头颅正位及瓦氏位X线片:右上颌骨密度较对侧无明显变化,上颌结节后骨边缘模糊。CT显示:右翼腭凹肿块2cm×2cm×2cm大小。对侧上颌窦无异常。

【初步诊断】 右翼腭凹纤维组织细胞瘤。

【治疗】 手术切除肿瘤加右上颌骨一次全切除术。术中见肿瘤位于翼腭凹前浸及上颌骨后缘及其外侧壁,后至下颌升支前缘及翼内外板,上侵及翼外肌,下侵及磨牙后区、翼下颌韧带、瘤体约2cm×2cm×3cm大小。瘤体无包膜,切面灰色,瘤质软、较脆。患者住院半月,好转出院,随访半年。病人出院后去北京某医院放射治疗2月,后因局部复发并脑肺广泛转移死亡。

【术后病理诊断】 病理学检查:瘤组织由束状、车辐状排列的幼稚纤维细胞和较多的异型组织细胞构成,其中散在少量淋巴细胞。纤维细胞短梭形,核椭圆形,核膜增厚,核仁明显,VG染色纤维细胞间有少量淡红色胶原纤维、组织细胞核大色深,染色质呈粗颗粒状,有明显嗜酸性核仁,胞浆淡红色。细胞颗粒状或泡沫状核分裂象易见,与原病理切片对照异型性明显增大,并可见畸形巨细胞和典型Touton巨细胞,且有灶性坏死及出血征象。病理诊断:上颌骨恶性纤维组织细胞瘤。

患者术后一个月,因颌下淋巴结肿大,切取活组织检查,仍诊为"恶性纤维组织细胞瘤淋巴结转移"。

【分析】

1．误诊误治常规思路原因

(1)$\overline{8}$颊向阻生，局部软组织发生糜烂，多被考虑为智齿阻生咬伤而致，应用消炎治疗是正确的。

(2)消炎治疗后效果不好，拔除$\overline{8}$，去除灶性刺激，通常也是这种思路及临床操作程序。

(3)在作局部检查时，发现磨牙后区软组织糜烂仍未愈合，且有一软组织肿块，位于上颌骨后侧外壁，翼腭凹软组织内，即行肿块活检术，通常也是这种治疗常规。

(4)经多个医生会诊后术者仍按"纤维组织细胞瘤"施行"肿瘤＋上颌骨次全切术"的方案行手术治疗，其结果病人术后一个月，颌下淋巴结肿大，活检证实为"恶性纤维组织细胞瘤"，术后5个月死亡，于原手术区的肿瘤复发及脑、肺广泛转移。

2．本病案的特点　$\overline{8}$颊向阻生，咬伤周围软组织使其发生炎性反应，引起开口困难是首要体征之一。但患者应用常规消炎治疗及根治性拔牙手术治疗，不仅无效，反而更加重病情发展。

当医生发现磨牙区肿块时，即行活检明确诊断，几家医院会诊，明确诊断为"纤维组织细胞瘤"，按其"原则"行手术治疗，但病人却手术后仅5个月，因肿瘤局部复发，脑、肺广泛转移而死亡。

3．教训　疾病的误诊误治各有其特殊性，本病例先是临床误诊，后是病理误诊，两者集于一患者身上，导致终生的遗憾。

(1)本病例中所患疾病(恶性纤维组织细胞瘤)与被临床误诊疾病($\overline{8}$阻生牙致软组织炎症)和病理误诊(纤维组织细胞瘤)在该患者身上共有的特点：$\overline{8}$阻生，软组织溃疡性炎症，张口受限。

(2)通常情况下，$\overline{8}$颊向阻生，周围软组织炎症的特点。

1)抗炎治疗肯定有效(炎症消退，开口度增大)。

2)拔除病灶牙肯定可以根治。

(3)"纤维组织细胞瘤"的特点：①属于纤维母细胞和组织细胞内的肿瘤；②属临界瘤；瘤体界于深部软组织中生长；③生物学类型为偏良性；④手术广泛切除，很少复发。

(4)误诊原因分析：

1)临床误诊，一般$\overline{8}$颊向阻生，局部自洁差，滞留食物污浊，或感染灶，再加咬粉创伤周围软组织使其发生炎症过程，引起张口受限。当抗炎治疗无效，应引起医生的警惕。拔除患牙后，张口受限存在依然，医生更应扩展思路，不要始终停留在某一部位的常见病多发病上，想到其它疾病的最大可能性。

2)纤维组织细胞瘤与恶性纤维组织细胞瘤临床皆少见，从病理角度看，应能严格区分清楚，以指导临床。病理的误诊，必将给临床医生带来治疗方案上的差距甚至是错误。

3)被误诊疾病(恶性纤维组织细胞瘤)的特点：①较多发生于老年人，亦见于青年人；②较多发生于四肢、躯干骨，头颈较少见；③瘤体主要位于深部软组织中，局部可

形成包块;④浸润性生长或转移至其它部位;⑤浸润性生长明显者,治疗以手术为主,放疗及化疗都不敏感,其预后比纤维肉瘤更差,复发及淋巴转移率均很高。

4. 小结　张口受限,是临床上常见的症状。它可由炎症、颞下颌关节病、口腔恶性肿瘤、口腔颌面损伤等因素引起。牙源性感染,尤其是下颌阻生牙冠周炎症侵及颞肌下颌骨升支前缘的附着,稍有被刺激,即可影响开口度。当肿瘤因素浸润咀嚼肌开口受限,势在必然。

疑为牙源性感染使张口度受限,应用常规有效的治疗方法,不仅无效,反而病情加重,医生必须扩大思路,想到其疾病的隐蔽性。

首诊治疗无效时,必须全力抓住疾病的最突出特征,本病最突出的特点就是:深部软组织肿块,浸润性生长,使张口受限;再是肿块在软组织内溃破,消炎治疗无效。当想到肯定是其它疾病时,病理活检成为诊治疾病的主要手段。

病理诊断的失误,应该是能够避免的,但对此病,由于组织学图像较复杂,且在临床少见,失误也是难免的。应从中吸取教训,最大限度地减少病理诊断失误是医生的责任。对恶性纤维细胞瘤的早期诊断仍是一个难题,但却也是一个重要问题。

（杨佑成　邓　婧）

伯基特淋巴瘤误诊为牙龈瘤

【病史】 男,17岁。因发现左上牙龈肿物伴牙齿松动2个月入院。2个月前无明显诱因发现左上牙龈有一肿物,暗红色,如黄豆粒大小,伴有牙齿松动,不疼。在当地医院诊为“牙龈瘤”,而行肿物切除及松动牙拔除术,切除标本未做病理检查,术后半月在患处又见肿物生长,速度较快,并出现疼痛,肿物迅速增大,伴有多颗牙松动,初诊医生不明其因,建议来我院就诊,于1997年9月19日入院。

【查体】 青年男性,发育正常,营养中等。体温36.8℃,脉搏82次/分,呼吸20次/分,血压12/8kPa,左侧面部膨隆,鼻唇沟消失,张口不受限,开口型↓,$\underline{|2}$远中至$\underline{|6}$近中颊侧牙龈肿胀隆起,上界达前庭沟,下界达牙冠1/2处,肿物表面光滑,无破溃,呈暗红色,无蒂,质软,无压痛,$\underline{|4}$缺失,$\underline{|35}$松动Ⅲ°,叩痛,左颌下触及一约2cm×2cm×1cm大小淋巴结,质软,活动无压痛,其他浅表淋巴结未触及,心肺无异常,腹平软,肝脾不肿大,未触及包块,生理反射存在,病理反射未引出。

入院后未服用任何药物,第四天开始四肢及躯干相继出现弥漫性淡红色粟粒样疹,双手背、足背尤为明显。右侧下颌骨近下颌角处触及一1.5cm×1.5cm×1cm大小的骨性肿物,固定,压痛。右颌下触及一约1.5cm×1.5cm×1cm肿大淋巴结,右侧腋窝触及1cm×1cm×0.5cm大小淋巴结,质韧,活动差,双侧腹股沟均可触及多个呈条索状排列的黄豆大小的淋巴结,质韧,相互粘连。

【辅助检查】 血红蛋白18.4g/L,白细胞10.5×10^9/L,淋巴细胞18.1%,单核细胞6.4%,中性粒细胞75.5%,血小板239×10^9/L,尿蛋白(+),肝肾功正常。

X线片示:上颌骨左侧牙槽突有破坏吸收。

CT示:左咽旁间隙可见肿大淋巴结,大小约3cm×3cm×4cm,与周围组织分界

不清,左咽旁间隙变窄,上颌骨骨质有破坏。

骨髓穿刺涂片检查:增生活跃骨髓象,幼淋占2%。

病理检查:上颌左侧肿块活检见,呈肿瘤性弥漫性浸润,成分单一,大小形态一致,可见特征性的"满天星"图像。肿瘤细胞核圆或卵圆形,有多个显著核仁,染色质比较粗糙,核膜较厚,胞浆中量,呈嗜双色,核分裂相多。病理形态符合伯基特淋巴瘤。

【初步诊断】 伯基特淋巴瘤。

【治疗】 患者入院后第十二天开始应用CHOP方案化疗,第三天瘤体有缩小迹象,一个疗程结束后,上、下颌骨肿物消失,牙齿排列整齐,不松动,无叩痛。全身皮肤丘疹消失,浅表淋巴结均明显缩小。3周后复查,面部无畸形,左上牙龈形态、颜色正常,牙齿无异常,肿大淋巴结均消退。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)青年,颊侧牙龈肿物,位于双尖牙龈乳头部,不痛,伴有牙齿松动,多被考虑为牙龈瘤。

(2)拔除病变波及的牙齿,沿病变周围正常组织将肿块完全切除,是牙龈瘤手术切除的原则。

(3)切除标本未行病理检查,这也是有些基层医院医生经常的做法。

(4)半个月后肿块又复生长,且迅速增大,使原误诊医生迷惑不解,随即决定转上级医院治疗。

2. 本病案特点 上颌颊侧牙龈肿物,暗红色,不疼,但早期至牙齿松动,生长迅速,手术切除后短期内即复发,且出现四肢及躯干弥漫性淡红色粟粒样疹,并有浅表淋巴结肿大,X线片示上颌左侧牙槽突有破坏吸收。

3. 教训:

(1)牙龈瘤的特点:

1)常发生于中、青年,且女性多见。

2)局部可有刺激因素存在,如残根、结石、不良修复体等,全身或有妊娠及其他内分泌改变。

3)多位于牙龈乳突部,有蒂或无蒂,唇颊侧较舌腭侧多见,牙有时可松动或被压迫移位。

4)临床上分为纤维型、肉芽肿型、血管型等三型。

5)手术治疗,切除肿物拔除患牙,刮除牙周膜,一般不复发。

(2)伯基特淋巴瘤特点:

1)多见于2~14岁之间非洲儿童,偶见于成人。

2)肿瘤首先侵犯颌骨牙槽突,呈牙龈瘤样增大,使骨质破坏,牙齿松动。

3)肿瘤生长迅速,至使面部膨隆变形。

4)可发生在腹、盆腔脏器,浅表淋巴结亦可受累,有时会出现皮肤粟粒样疹。

5)病程很短，不经治疗，多在半年内死亡。

6)本病对化疗敏感。

(3)本病例所患疾病(伯基特淋巴瘤)与被误诊为的疾病(牙龈瘤)在该患者身上有共同的特点：青年，上颌颊侧牙龈无疼性肿物，表面光滑，牙齿松动。

(4)误诊原因分析：

1)牙龈瘤来源于牙周膜及颌骨牙槽突的结缔组织，初发多在牙龈乳头部，大多有蒂，可用探针探及。

2)牙龈瘤早期常不致牙齿明显松动，只有肿块增大明显，牙槽突被压迫吸收后，才有牙齿松动，而伯基特淋巴瘤首先侵犯牙槽突，使骨质破坏，故早期即有牙齿松动。

3)牙龈瘤生长缓慢，而伯基特淋巴瘤生长迅速。

4)牙龈瘤手术切除后，标本应常规送病理检查，这在基层医院常常被一些医生忽视，而成为误诊误治的最主要原因。病理检查是对肿块性疾病最直接最准确的诊断，也是对肿块性疾病进行诊断所必备的条件，不可缺少。

4．小结　伯基特淋巴瘤是中部非洲常见的儿童肉瘤，在我国非常少见，至目前为止国内可查考的文献报道仅有20例，所以临床上医生对其了解是非常有限的，极易被误诊(特别是在早期)。

因此，临床医生在对疾病的诊断和治疗过程中，要随时想到疾病的复杂性，对疾病的观察要细致入微，诊治要按部就班，循规蹈矩，且不可掉以轻心，草率处理。

(赵宝东)

右颈动脉体瘤误诊误治致偏瘫

【病史】 男，48岁。右侧颈上部无痛性肿块1年，逐渐增大，无头痛、头晕。1月前在某院外科行肿块切除术。术中发现肿块较大、固定，有一大一小二部分，出血较多，鉴于局麻情况，仅给病人施行了小肿物切除。术后病理报告所切除的小肿物为颌下腺组织。由于诊断不明确，由熟人介绍转来我院，以“颈部包块，性质?”之诊断收入院。

【查体】 右颈上部肿物约5.0cm×6.0cm大，表面皮肤有一长约7cm之切口疤痕呈横形，边界欠清，质地硬，活动度差。前方深部可扪及微弱的搏动，语音无嘶哑。

【辅助检查】 CT检查示肿物与颈动脉关系密切，强化后密度有增强，但诊断仍不明确。欲行血管造影检查，因要求及早手术，便未实施。

【入院处理】 全麻下施行了右侧颈部包块探查、切除术。术中见肿块位于甲状软骨水平，大小约4cm×5cm，肿物紧密包绕“颈外动脉”。由于肿块较大，出血凶猛，难以分离瘤体，立即给予施行“颈外动脉结扎、肿物切除术”。术后病人昏迷4天，醒后出现对侧肢体偏瘫。

【术后病理诊断】 颈动脉体瘤。

【分析】

1．本病案特点　颈动脉体瘤临床上并不罕见，治疗和诊断与解剖关系密切相

关。颈动脉体瘤位于颈总动脉分叉之后上方，以 Mayer 韧带连接于动脉外膜，当发生肿瘤时，可出现以下表现：①肿物在颈前三角区缓慢增长。②颈动脉受推移向浅侧移位，部分病例可扪及动脉的搏动，甚至可听到杂音。③颈内、外动脉分离可由颈动脉造影显示，并可见富含血管的肿物阴影，对诊断该病具特异性价值。本病临床需要与动脉瘤、神经鞘瘤等进行鉴别，尤其是动脉瘤，彩色多普勒可显示涡流，具有重要诊断价值，而 CT 检查可示有附壁血栓，不难区别。动脉体瘤在多数情况下，可将瘤体从动脉外膜剥离，部分情况下需将颈总动脉连同瘤体一并切除，再行血管重建。若不行血管重建，则应先行 Matas 试验，以促进 Willis 环侧枝循环的建立。当 Matas 试验达 30 分钟而病人无不良反应后，才可将肿瘤与颈总动脉分歧部切除，以免导致死亡、昏迷或偏瘫等严重后果。

2. 教训：诊断不明：颈部解剖复杂，肿块种类繁多，尤其是颈动脉瘤、颈动脉体瘤、来自各神经的神经鞘瘤，他们的治疗不同于一般肿瘤予以切除即可。单纯简单的病变切除往往导致严重的不良后果，因此术前必须明确诊断。随着 CT、MRI、DSA 及彩色多普勒技术的应用，术前明确此类疾病已是完全可能的，关键是是否熟练掌握了上述技术的应用范围与指征，是否能正确判断新技术所提供的信息。同时应对疾病从解剖与病理上进行认识。本病人首次术前仅以颈部包块的诊断而局麻手术，术中分辨不清何为瘤体何为正常组织，竟将颌下腺部分切除，以了却手术。反映该手术医师完全不具备诊断疾病的能力，而仅仅是一个只知开刀手术探查却又不认识正常与异常组织的不合格的手术匠。第二次手术也未能于术前明确诊断，术中又判断不出何为颈总动脉、何为颈内动脉等，甚或由于瘤体出血凶猛而根本未能对之进行判断，因而做出错误的处理，必然产生严重的后果。结扎颈外动脉的判断主要依据是：颈外动脉在甲状软骨上缘平面或稍上自颈总动脉发生，初居于颈内动脉的前方略偏内；颈外动脉起始部即有分支，因此暴露颈外动脉后至少要找出两分支，（颈内动脉颈段全程无分支）；提拉颈外动脉，则颞浅动脉搏动消失。将分出甲状腺上动腺的颈总动脉误认为颈外动脉而结扎的案例也有报道，教训极其深刻。

第 2 次手术者，受熟人的感情影响，不按常规办事，匆忙行事。此种情况不是个别现象，却是产生事故的隐患。

（贾暮云）

颈部神经鞘瘤术后头痛的误诊误治

【病史】 男，42 岁。1 月前发现右颈部肿物，无痛及其他不适，从未治疗，要求手术而入院。

【查体】 一般情况好，颌面部双侧不对称，右颈上部饱满，于颈上 1/3 处胸锁乳突肌前缘深部触诊肿物，约 3.5cm×4.0cm 大，质韧，边界清，可轻度前后活动。肿物表面光滑，未扪及搏动感。双侧眼裂等大，瞳孔等圆。CT 检查发现：右颈上部肿物，直径 3cm，位于颈内、外动脉之间，边界清，强化不明显，内部密度均匀。

【初步诊断】 右颈部神经鞘瘤？

【治疗】 在局麻下将颈部肿物完整切除术后第3天，病人右颈部出现肿胀伴头痛。头痛呈持续性，阵发性加重。检查发现右颈部肿胀，右侧睑裂狭小，瞳孔缩小，呈Horner征。

【术后病理诊断】 神经鞘瘤。

术后头痛及颈部肿胀考虑有血肿形成，拆除部分缝线，引流出约20ml陈旧性血液，此后病人头痛仍不见轻，反复请神经内科医生会诊，意见为血管性头痛，给予西比灵10mg2次/d口服，头痛直到出院未有改善。出院后病人仍一直头痛，不能工作，2个月后因不能忍受而复诊。再次就诊于神经科门诊，意见同前。无论是神经科还是口腔科医生，均对此疼痛未作出解释。经口腔科会诊后给予星状神经节封闭术，术后病人头痛明显减轻。配合氢化麦角碱2mg一天2次口服，术后4月病人已能正常工作。

【分析】

1. 本病特点　颈部神经鞘瘤的手术与解剖：颈部神经鞘瘤主要来源于颈丛、迷走神经与颈交感干。究竟来源于哪一神经，手术者在术中应根据解剖位置，结合临床有无声嘶、Horner综合征等予以大致判断。本病例术后出现Horner征，可以断定为颈交感干的神经鞘瘤。颈交感干由上、中、下三个神经节组成，颈下节与第一胸神经节合并，又称星状神经节。其分支沿血管形成神经丛，参与支配血管的舒缩功能，而舒缩功能的失调即可导致血管性头痛。从$T_{1\sim2}$到颈上神经节，颈交感干神经节及颈交感干的任何部位损伤，均可出现Horner征。

2. 本病例之失误教训　病人术后发现Horner征，病理报告为神经鞘瘤，颈交感干神经鞘瘤的诊断成立。病人术后出现头痛，在多数颈交感干损伤后表现的文献中未有叙述，看来也不为临床医师所认识。神经科医师会诊时诊断为血管性头痛，应属正确，但他们并未与手术相联系，也未去寻找血管性头痛的原因，只是按照常用的、一般的方法，给病人服用西比灵。西比灵是一种选择性钙离子拮抗剂，对动脉有选择性作用，对血管收缩物质引起的持续性血管收缩有持久的抑制作用。此病人的血管性头痛是由于颈交感干受损伤导致血管舒缩功能紊乱所致，故而口服西比灵无效果。星状神经节的体表位置位于胸锁关节上1.5cm～2.0cm处，胸锁乳突肌胸骨端的内侧缘，对其进行封闭可解除颅内外血管的舒缩紊乱，因而在此病人有效。该病例在头痛后的诊治过程中，主要存在以下不足：①口腔外科医生只知道手术，而不能结合手术与解剖对手术后所发生的情况进行解释；神经科医生则可根据临床表现作出较为准确的诊断，却不能与外科疾病相联系，专业过细，思路狭窄。②用药治疗过程中，应针对病因用药，而不是以大众药对症治疗。总之，该病例的教训是颇有意义的。

（贾暮云）

颈椎横突肥大误诊为淋巴结炎

【病史】 女，33岁。右耳下持续性胀痛逐渐加重1年。病人1年前发现右侧颈上部有一约黄豆粒大肿物，触之轻度疼痛，每疲劳时有轻度胀痛感，无麻木及其他不

适。在外院曾诊断为“淋巴结炎”，每天给予“青霉素”80万单位肌注2次共5天，闷胀感无减轻。1月前病人在外院行MRI检查，未发现明显异常，考虑为胸锁乳突肌局部肥厚。病人来我科门诊检查以“淋巴结炎”、“茎突过长”收住院。

【查体】 中年女性，较瘦，一般情况可。颈部右侧颌后区较饱满，触之质硬，有轻度压痛，可触及一约1.5cm×1.0cm大肿物，边界尚清楚，不活动。不随吞咽而活动，表面光滑，余(－)。

【辅助检查】 下颌骨张口后前位片见双侧茎突对称，无过长。

【治疗与结果】 局麻下于胸锁乳突肌前缘作切口，暴露该肌肉将其拉向后方，见有一枚1.3cm×1.0cm大淋巴结，予以摘除后继向深部探查，发现硬块乃颈(寰)椎横突肥大所致。去除骨膜后咬除部分骨质。探查茎突无异常，予以关闭创口。术后半年，病人术前症状消失。

【讨论】 寰椎横突肥大病人临床上常以腮腺肿块就诊，其位置是在乳突尖至下颌角的连线中份处，X线片(下颌骨开口后前位)可双侧对比判断。茎突过长的主诉多为咽部不适、异物感，用下颌骨开口后前位X线片同样可进行诊断。该病人颈部确有淋巴结炎，对诊断起到了一定的混淆，但术后复阅病人下颌骨开口后前位X线片发现，茎突虽不长，但双侧颈(寰)椎的横突确不对称，右侧显肥大。此病人误诊的关键在于术前没有考虑到此病，因此也就会面对病变却视而不见。

（贾暮云）

第四节　牙龈及颊部肿大的误诊

右颊部腺样囊性癌误诊为炎症

【病史】 男，48岁。因右侧面颊部疼痛伴张口受限1.8年入院。病人于1.8年前始出现右颊部疼痛、肿胀，张口逐渐受限，当地医院给予中药治疗，无明显效果。1年前曾来我院门诊，经检查诊断为“右侧颊间隙感染”，但未发现明确的感染灶。经静脉应用抗生素、局部冲洗及理疗，肿胀及张口受限略有缓解。近半年来病人上述症状继续加重，要求入院治疗。

【查体】 一般情况差，消瘦。右侧面颊部皮肤约2.8cm×3.0cm范围呈凹陷状，周围皮肤充血、压痛，鼻唇沟无变化，张口度1.5cm。口内$\frac{8\sim5|}{8\sim5|}$相对之颊粘膜可见与皮肤病损相同大小的溃疡，有大量灰白色坏死组织，味臭，其基底部硬，周围组织充血。右侧颌下可触及二枚约0.5cm大小质韧的淋巴结，活动，轻度压痛。

【辅助检查】 血红蛋白：118g/L，白细胞：8.9×10^9/L，N：72%，L：20%，E：2%。胸片示双肺无异常发现；下颌骨右侧位片示下颌骨升支密度降低，结构模糊。

【初步诊断】 ①右颊部坏死性龈口炎；②右侧下颌骨骨髓炎？③右颊粘膜结核性溃疡？

【治疗】 入院后即给予青霉素800万单位、甲硝唑250ml静脉点滴，2次/d，同

时给予双氧水含漱、局部理疗等共1周，张口度达2.5cm，局部红肿略有减轻。停药2天后口内突然大量出血，失血量约800ml，测BP为9.5/6.7kPa，HR为98次/分。予以口内颊粘膜坏死区压迫后出血停止。输血600ml，对症治疗1周后病情稳定，遂局麻下于颊部溃疡区行活检术。术后病理报告为“腺样囊性癌”，因病人不同意手术治疗而出院放疗。

【术后病理诊断】 腺样囊性癌。

【分析】

1. 本病案特点　坏死性龈口炎多见于小孩，常伴有高热，病程发展迅速，短时间内可引起软组织大面积坏死，区域性淋巴结肿大，还可伴肝、脾肿大，病变区可培养出厌氧的梭形杆菌及螺旋体。该病人的表现是右颊粘膜大面积溃疡，长期不愈，抗炎治疗好转；溃疡面有大量坏死组织及灰白假膜，伴恶臭。因此，接诊医师首先想到了坏死性龈口炎，而X线片检查报告右下颌骨骨髓炎似乎也支持这一诊断——此乃局部炎症侵及颌骨所致。病人张口受限，使得对病变的检查难以完全、准确，而张口受限又可能是炎症侵犯了嚼肌和翼内肌所致。这一切顺理成章的推测使得病人许久以来一直被诊断为坏死性龈口炎并给予了相应的治疗。

仔细考虑，却有以下特点对以上诊断提出怀疑：①病程长，溃疡逐渐增大，抗炎治疗可使红肿减轻却并未治愈。②溃疡面仅局限在颊部，牙龈并无大面积坏死。③区域性淋巴结无明显增大、压痛，肝脾不大。④体温不高，周围血白细胞计数不高。

2. 教训　该病人正确的诊断应是：①右颊部腺样囊性癌继发感染。②右颊部腺样囊性癌侵及下颌骨。由于溃疡面继发感染，因而掩盖了事实的真相，导致误诊。如何透过现象看本质？这就要求大夫必须具有辩证观点，在诊治过程中不断给自己提出问题并找出解答的办法：为什么一个炎症会持续这样长的时间不愈？是特异性感染还是肿瘤？肿瘤是否可以解释以上表现？对于一个长期不愈的溃疡及时进行活检，这是常规工作。假若能对提出的问题进行解答，则误诊的机会可大大降低，使此病人获得及早诊治甚或治愈的可能是完全存在的。

（贾慕云）

颊部放线菌病误诊为牙源性颊间隙感染

【病史】 男，28岁。右颊部肿胀伴张口受限反复发作2年，加重一个月，于1993年11月3日入院。患者2年前始间断出现右颊部肿胀伴张口受限，经“抗炎”治疗，肿胀消退，开口度略增大，相继拔除右下颌阻生智齿8┐。此后每遇感冒又出现上述症状，且张口受限不能消除。曾多次就诊，只能缓解颊部肿胀症状，经多家医院诊治，始终未能明确诊断。近一个月来，再次因右颊部肿胀、疼痛、张口受限加重，以“牙源性颊间隙感染”收入院。

【查体】 口腔颌面外科检查：右面颊部以嚼肌前缘为中心肿胀，肿胀范围约6cm×6cm，皮肤无红肿，边界欠清，质地中等硬度，局部压痛明显，张口度1.2cm，右侧磨牙后区粘膜肿胀，轻度压痛，咽部轻度充血，8┐缺失，余牙正常，右颌下可触及约

1cm 直径的淋巴结 2 个,活动,无压痛。

【辅助检查】 右下颌升支正、侧位 X 线片示:右侧下颌骨未见异常;血红蛋白 126g/L,白细胞总数 8.0×10^9/L,中性粒细胞 0.78,淋巴细胞 0.22,出血时间 1 分钟,凝血时间 2 分钟;B 型超声波检查:右下颌骨升支前缘见一肿块,大小约 1.8cm×2.4cm×3.5cm,无明显光点区,边界欠清楚,外形欠规则。喙突深面亦探一肿块,为 2.8cm×3.0cm×4.0cm 大小,边界欠清,外形欠规则,有少许暗淡光点,分布欠均匀,后回声增强明显。超声波诊断意见,右下颌升支前缘、喙突深部均质性肿块。CT 检查结果示:右侧下颌升支前,喙突深部肿物。

【初步诊断】 右升支前内侧肿块性质待查。

【治疗】 首先每日给予先锋霉素Ⅴ3g 静脉滴注,治疗三天后,行口内肿块活检及引流术。术中见肿块内有少许稀薄脓液流出,含绿色小米大颗粒状物,当即送检及细菌培养。涂片镜检报告为放线菌,遂扩大切开脓腔,反复彻底冲洗后置引流条。术后改用大剂量青霉素治疗,并加服 5% 碘化钾 10ml,每日 3 次。细菌培养结果报告:无需氧菌生长。患者住院治疗 10 天,症状全部消失,张口度恢复至 3cm。半年后复查,无复发。

【术后病理诊断】 放线菌病。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)右颊部肿胀伴张口受限,8冠周炎症,多被考虑为智齿冠周炎,并颊间隙感染,炎症刺激颞肌肌腱下颌升支前缘附着,使张口受限,应用消炎治疗是正确的。

(2)经抗炎治疗,症状消失,随之拔除病源牙8,清除病灶,通常也是这种思路。

(3)当病灶清除,炎症消退后,每遇感冒又出现上述症状,再抗炎治疗,张口受限未得到改善,仅能缓解颊部症状,张口受限何原因所致,医生扩展思路,作了进一步检查。

2. 本病案的特点　右颊部肿胀伴张口受限,由8慢性冠周炎所致,这是临床常见的症状体征。当抗炎治疗,拔除8,颊部症状可消退,但开口困难仍不能缓解,后经多家医院诊治,都未能明确诊断,又因反复发作性颊部肿胀、持续性张口受限,抗炎治疗效果欠佳,且局部疼痛加重,再入院诊治。

3. 教训

(1)本病例中所患疾病(放线菌病)和被误诊疾病(牙源性颊间隙感染)在该患者身上有着共同的症状:颊部肿胀,8阻生,冠周炎,张口受限。

(2)牙源性颊间隙感染的特点:

1)抗炎治疗肯定有效。

2)拔除病源牙肯定可以根治。

(3)误诊原因分析:颌面部的放线菌相对较少见。本例患者表现为右颊部肿胀伴张口受限反复发作 2 年,多家医院治疗,仅能缓解症状,均未能明确诊断。

1)应重视病史的采集,确定疾病的诊治应有充分依据,当临床表现、体征不能解

释时,应进一步检查、分析。本病例诊断为炎症,体征及辅助检查则不尽一致。如果病变初期假设由化脓性冠周炎所致,在病源牙拔除后其症状应消除或因病源牙导致的颌骨病变,在病史较长者其X线片应有相应的改变。但本病例则难以解释,医生应扩展思路,想到其它疾病的最大可能性。

2)本病例的感染来源,不能排除冠周盲袋内存在的放线菌病,通过拔除阻生牙的伤口侵入颌周间隙而致病。这也更能够解释拔牙后的一系列症状。

3)术中发现,引流物内含小米粒大的颗粒状硬物,立即送检和细菌培养,为本病诊断提供了可靠的重要依据。这是临床医生不应忽视的问题。

4)明确诊断后对局部病灶的正确处理,以及针对性地选择全身用药治疗,病人痊愈,疗效满意。

5)被误诊疾病(放线菌病)的特点:

①临床较少见。

②病史采集很重要。

③感染途径可经根周或智齿盲袋侵入软组织中。

④炎症侵及嚼肌可致张口受限。

⑤脓液中获得硫磺颗粒可明确诊断。

4.小结

(1)右颊部肿胀伴张口受限,反复发作,抗炎治疗虽然有效,但只能消除某些症状。张口受限的致病原因早期始终未能明确,仅按炎症治疗方法又无根治之效,医生必须想到该病的隐蔽性和特异性。

(2)B超、CT提供了对诊断有用的线索,使医生在盲目中,找到诊断疾病的依据,根据体征建立了治疗原则——肿块活检明确诊断。

(3)在检查中获得唯一有效的诊断依据,全力抓住疾病的最突出特点,将脓肿引流物,经涂片检查,最后明确诊断。

(杨佑成　邓　婧)

颊部软组织错构瘤误诊为颊间隙感染

【病史】 男,22岁。因发现左颊部肿胀2个月曾在外院就诊。当时查体发现:$\overline{|6}$龋坏,已露髓,叩痛,意见为"$\overline{|6}$慢性尖周炎并颊间隙感染",给予$\overline{|6}$根管治疗,口服螺旋霉素0.2g每天3次,共5天,左颊部肿胀未见好转,20天前转来我院,门诊经检查仍以"$\overline{|6}$尖周炎并颊间隙感染"给予拔除$\overline{|6}$。术中见$\overline{|6}$牙槽窝骨质无明显破坏。术后给予静滴青霉素800万单位、1次/d,口服灭滴灵0.4,3次/d共三天,颊部肿胀如旧,遂以"左颊间隙感染?"、"左颊部肿物,性质?"收入院。

【查体】 颌面部双侧不对称,左后颊部饱满,可触及一边界欠清肿物,约2cm×2.5cm大,质韧似揉面感,无压缩性,穿刺偶可抽出少许可凝之血液,体位移动试验阴性。口内$\overline{|6}$牙槽窝已愈,相应前庭沟变浅。

【治疗】 病人入院后第5天在局麻下经口内进路行肿物切除术。术中见肿物无

明确边界,瘤体出血凶猛。手术尽量切除瘤体组织,术后送病理报告为错构瘤。

【术后病理诊断】 错构瘤。

【分析】

1. 误诊的原因　颌面部肿胀以牙源性感染最为常见。本病人有$\overline{|6}$尖周炎,其相应前庭沟变浅并有轻度压痛,医生考虑$\overline{|6}$尖周炎并发颊间隙感染而给予$\overline{|6}$根管治疗是应该的。但当第一次给予根管治疗并口服抗生素无效时,则应考虑是否有其他原因,而不应盲目给予拔除$\overline{|6}$、静滴抗生素,继续按炎症治疗。查体时触及的肿物为质韧如揉面感,乃非脓肿之表现,接诊医生应能够予以区别。

2. 本病案特点　错构瘤系一种先天性发育障碍所形成的瘤样增生,它由一种或多种组织成分构成,各种成分分化成熟但结构紊乱,一般没有包膜,血管瘤及淋巴管瘤等可归属之。其位置表浅时较易诊断,但此病例中病变是位于颊龈沟深面,在皮肤与粘膜无任何表现,因此难以诊断。

（贾慕云）

牙龈恶性纤维组织细胞瘤误诊为纤维瘤

【病史 1】 男,62 岁。右侧下颌后方牙龈无痛性肿物 5 个月。

【查体】 牙列$\frac{7|7}{6|7}$,相当于$\overline{8|}$处牙龈可见一暗红色新生物,约 1.5cm×1.0cm 大,边界清,呈结节状,触之质软偏韧,轻触痛。门诊活组织检查,病理报告为“牙源性纤维瘤”。

【治疗】 入院后在局麻下经口内行牙龈肿物切除术。术中发现肿瘤向颌骨浸润。鉴于当时的情况难以完全切除肿瘤,遂结束手术。术后拍下颌骨侧位片示右半下颌骨体部有一约 0.7cm×1.0cm 大小的骨质破坏区,边缘模糊。术后病理报告为纤维肉瘤,又于术后第八天行第二次手术。手术在全麻下进行,以 X 线表现为参考标准于病灶外 1cm 处截骨行下颌骨部分切除术,结果下颌骨的骨质破坏明显超出 X 线片所示。再扩大下颌骨切除范围(自$\overline{4|}$至右下颌角部),送病理。

【术后病理诊断】 下颌牙龈恶性纤维组织细胞瘤。

病人于第二次手术后半年发现右下颌升支部膨隆,张口受限Ⅱ°。检查发现右下颌升支前缘饱满,范围界限不清。CT 检查示右面侧深区占位性病变,累及颞下凹,范围约 3cm×4cm 大,翼腭及咽旁间隙尚未受累,病人再次入院,于全麻下行右侧深区肿瘤扩大切除术,术后给予化疗,术后半年病人死亡。

【病史 2】 男,30 岁。3 月前自觉左下磨牙区不适,在当地医院门诊检查发现,$\overline{|7}$远中牙龈红肿,诊断为牙龈炎,给予青霉素 80 万单位,肌注 1 天两次,1 周后局部出现黄豆粒大红色硬结,刷牙时易破溃,出血后肿物略有缩小,但趋势是逐渐增大。10 天前转来我院,经活检,病理报告为“肉芽肿性牙龈瘤”而收入院,病人自发病以来无发热等。

【查体】 一般情况好,T:36.8℃。颌面部双侧对称,无肿大及破溃,张口度 3cm,开口呈“↙”型,左下颌磨牙后区肿物 2.5cm×1.5cm 大,表面充血,质韧偏硬,触

之轻痛，有轻微动度似基底有蒂，表面可见牙咬痕。┼7松动Ⅱ°，周围牙龈轻度充血。

【辅助检查】 X线片显示，左下颌体部相当于┼8牙槽嵴处骨质疏松，边界不清，范围约0.2cm×0.8cm大。

【初步诊断】 ①肉芽肿性牙龈瘤；②牙龈瘤侵犯颌骨？

【治疗】 局麻下行肿物切除术。术中见肿瘤呈马蹄形，基底部（蒂）以薄扇形围绕┼7的颊、远中与舌侧，并与牙龈相连。肿物呈实质性，基底部骨质有破坏。切取部分瘤体送冰冻切片，报告为"外周型巨细胞肉芽肿"，遂予以病灶刮除。术后病理报告为：┼7磨牙后区恶性纤维组织细胞瘤。1周后行颌颈联合根治术。

【术后病理诊断】 恶性纤维组织细胞瘤。

【分析】

1. 本病特点　恶性纤维组织细胞瘤是由成纤维细胞、组织细胞、畸形巨细胞组成的恶性肿瘤，临床上发病率不低，可发生于任何年龄，高峰在40～70岁之间，是老年人最常见的软组织肉瘤之一。临床表现主要为局部肿块，肉眼多呈结节状或分叶状的肉芽肿块，边界较清楚，无包膜，有的病人可伴有发热、体重减轻与乏力，发生在面部者相对少见。镜下可有多种多样的组织学图像，因此往往误诊为炎症、巨细胞瘤、肉芽肿等。其组织形态学特点与临床生物学行为不甚一致，因此镜下判断其预后较难。其治疗以局部广泛切除为主，复发率较高。

2. 教训　病例1：①牙源性肿瘤与颌骨关系密切，即使是牙龈瘤行X线检查也是应该，作为牙源性纤维瘤更是如此。②第一次手术采用局麻，术中不送快速病理是失误的，当术后病理报告为纤维肉瘤，X线片又显示0.7cm×1.0cm大的骨质破坏后第二次手术所选择的手术方式是很不妥当的。软组织肉瘤的治疗原则本应广泛切除，一般在肿瘤边界之外再切除5cm正常组织作为边界。在颌面部虽然做不到这一点，但也应尽量扩大切除。③一般来讲，骨的钙质减少30%以上方可在X线片上识别，而实质上病变范围是超出该范围的。由于上述认识不足，不仅导致了第二次手术切除范围不足，甚至手术暴露、切碎了瘤体，成为促使第3次手术无法根治，必然复发的根源。

病例2的教训与例1有相似之处。其组织学图像的复杂性，应引起病理科医师的注意。

术前对术中是采用局部搔刮术，还是广泛切除后组织器官重建术没有把握的肿瘤，必须采取气管内插管全麻，术中送快速病理（甚至数次），手术医生必须把病理科的描述紧密与临床病史相结合考虑，术前还要多方面（器械、备皮、导尿器官材料等）按大的手术几种方案准备。该2例病人的不良预后，绝不能归源于疾病本身。

（贾暮云　金志勤）

第四章　X 线片影像变化的误诊

口腔颌面主要由不同形态的，具有腔、管孔、窦、隙、窝、突起的许多骨块、骨片、骨壁、骨板相互嵌合连接的骨性支架构成。其上方嵌接颅脑，下方连系颈部，结构复杂，重叠最多。口腔颌面外科所患疾病，在不同时间，直接或间接，除少数例外，几乎无不累及或涉及口腔颌面的骨骼，甚至颅骨。因此，利用 X 线影像手段来提高临床对疾病的诊治水平，是口腔科临床医生自身必须具有的重要技能；如果对影像知识和技能的掌握，在自身临床工作中重要性的认识不足（总认为是医技专业影像人员的事），必然只会依靠影像科室的报告，而在综合性医院影像科室医生往往不把精力放在五官科的影像上，在这种情况下对本科的病情能借助影像较早诊断是不可能的。

要想充分发挥影像在疾病诊治中的作用，临床医生首先必须对生理解剖结构在正常 X 线上的显示能准确识别，掌握好各组织结构影像的形态、占位，以及阴暗明亮程度；如果对正常的生理性 X 线片不能正确认识，就谈不上对病理性 X 线片的临床使用，借助 X 线影像片帮助临床对疾病诊断、定性、确定范围、设计治疗方案等更无从谈起。本章中的把鼻棘误诊为多生牙病案，就是不懂正常 X 线片影像解剖，却应用影像来诊断疾病，必然会造成失误的典型事例；只有在正常 X 线片上显示的组织结构影像能熟练识别的基础上，再阅读病理片，或二者对照阅读，会使阅片提高临床水平达到自我成长的境地。

影像终究是医技科室提供给临床科室的病情依据，都是间接的。临床医生必须会自己结合病情、体征、化验检查等来考虑影像报告的价值和报告的可靠程度。本章中把下颌骨中心性鳞状细胞癌误诊为阻生牙并间隙感染案例，原因之一是首诊医生只相信影像报告（未见骨质破坏），没有结合病情考虑。绝大多数造成骨组织破坏的疾病，在不同时期，不同情况下（如合并感染等），影像表现不会完全一样，临床医生必须会紧密结合病情自己阅片，太重要了，这对丰富临床经验，处理疑难复杂问题的能力，均会受益匪浅。

本章案例有正常骨性解剖标志在 X 线片上的影像误诊为疾病，也有把中心性颌骨癌、颌骨肉芽肿性疾病在 X 线影像上误诊为其他疾病的教训。

（金志勤）

第一节　颌面部骨骼 X 线高密度改变的误诊

因正常解剖结构形成高密度影而造成的误诊在临床上较少。下列解剖结构在 X 线片上可表现为高密度影：①鼻棘。②骨岛。③硬板。④鼻中隔。⑤上颌窦底。呈现高密度表现的情况除以上正常的结构外，还见于下列病理情况：①致密性骨炎。

②特发性骨硬化。③硬化性骨髓炎。④骨反应性增生。⑤骨硬化性肿瘤。如牙瘤、牙骨质瘤、成骨肉瘤等。上述病理情况多因其无需特殊治疗或特异表现而少有失误。

鼻棘误诊为埋伏阻生牙

【病史】 7岁。因$\underline{1|}$未萌来我院门诊要求矫治。经拍上颌骨全景片,发现$\underline{1|}$牙胚存在,$\underline{1|1}$根端间鼻底区域有一类牙形密度增高影,遂以"$\underline{1|}$未萌;$\underline{1|1}$间多生埋伏牙"之诊断,在局麻下行埋伏多生牙拔除术。手术自唇侧前庭沟进路,翻开粘膜瓣后去骨,参照全景片却未找到埋伏之多生牙。附加腭侧切口,去骨使唇、腭侧伤口几乎相通,仍未发现多生牙,遂关闭伤口。拍牙片,未发现有埋伏牙。再拍全景片,仍见鼻底部相当于$\underline{1|1}$根端间有密度增高影,但范围较前有缩小。

【结果】 $\underline{1|}$未萌;全景片高密度影为鼻棘。

（贾暮云）

上颌窦底壁误诊为根端囊肿壁

【病史】 女,38岁。右上牙持续性隐痛月余。追问病史,既往有偶发右上牙痛。检查:$\underline{5|}$残冠,已露根管口,探(－),叩痛。

【辅助检查】 拍$\underline{5|}$牙片,发现围绕$\underline{5|}$牙根周围有一低密度影呈半圆形,上部超出牙片范围,边界清晰,横径过1cm,可见高密度影之骨反应线,牙根位于低密度影中。

【初步诊断】 $\underline{5|}$根端囊肿。

【处理】 局麻下行上颌前庭沟内切口,翻粘膜瓣,暴露上颌骨前面,见骨表面光滑、平整,无膨隆及乒乓球样感。于$\underline{5|}$根尖部去除部分骨质,直至暴露$\underline{5|}$根尖,未发现有囊肿及骨质破坏。缝合创口后给予$\underline{5|}$根管治疗后牙痛症状消失。术后再拍全景片及瓦氏位片,前者见$\underline{5|}$根端位于右侧上颌窦底壁之上,即上颌窦内,后者显示$\underline{5|}$根端与上颌窦无关。

【分析】

1. 本病人系在牙片上将上颌窦底壁之高密度影及上颌窦之低密度影误认为囊肿所致。牙片面积小,所拍之影像难以反映病变的全貌,当病变范围超出其范围时,需加拍颌骨全景片。

2. 上颌窦底部在$\underline{7654|4567}$部位最低,其与牙根的关系,有时间以骨板,有时仅以粘膜相隔,更有其最低处位于牙根端之唇或腭侧,并且低于牙根端,在X线片上极易误诊为根端在上颌窦内。此时调换位置再拍片即可鉴别。

（贾暮云）

致密骨岛误诊为牙瘤

【病史】 男,21岁。因右下磨牙后区疼痛伴张口受限半月而就诊。下颌骨全景片时示$\overline{32|}$间根端下方有一直径0.5cm之高密度影,边界清楚,与牙根无关;$\overline{8|}$近中向阻生。临床诊断为:$\overline{8|}$阻生齿、冠周炎;$\overline{32|}$根端牙瘤。病人感染控制后于局麻下拔除

$\overline{8|}$并行“牙瘤摘除术”，术中见$\overline{32|}$根端为致密骨，未见有牙组织结构。术后病理报告：正常致密骨质。临床最后诊断为“$\overline{32|}$根端致密骨岛。

【本病案讨论与教训】 致密骨岛系一种骨松质内局限性骨质生长变异，表现为一边缘清晰的致密影，存在于完全正常的骨质之内，一般可呈圆或卵圆形，其长轴通常与骨纹的方向一致，直径多为2mm～4mm。牙瘤可分为组合性与混合性牙瘤，后者需与骨岛鉴别。其X线片表现为高密度影周围有一线状低密度影，此乃肿块有包膜之故，可资鉴别。

此外，尚应对软骨岛有所认识。它是由于发育过程中骨骼内的部分软骨保持原态而不钙化所致，但其境界清楚，阴影内可见重叠的周围骨质纹理，但临床上多见于股骨头或颈部。

缺乏对以上知识的认识，是误诊的原因。

（贾慕云）

第二节　颌面部骨组织X线低密度改变为主疾病的误诊

各种病变所造成的X线片低密度改变远较高密度变化为多。正常组织结构的低密度影像可见于：下颌孔（管）、颏孔、上颌窦、气道阴影、鼻腔、上颌间缝及骨间缝、牙周间隙、根管、营养管及正在发育中的牙囊等。引起低密度改变的病变种类繁多，多种出版物对此均有不同程度的描述。由于病变多种多样，因而临床上误诊的机会也较多。

下颌骨中心性鳞癌误诊为下颌骨骨髓炎

【病史】 男，58岁。因左下磨牙区疼痛伴左侧下颌角区肿胀1月而就诊。病人1月前左侧下颌磨牙区粘膜出现溃疡、疼痛，其后左下颌角区肿大。溃疡约半月后好转，其他症状未见减轻。病人发病以来无发热及下唇麻木。

【查体】 颌面部双侧不对称，左侧下颌角为中心弥漫性肿大，边界不清，扪之未触及明确肿块，有轻度压痛。表面皮肤色略暗红，张口受限Ⅰ°。口内检查发现$\overline{|8}$近中向阻生，$\overline{|8}$后方近翼颌韧带处有一约0.3cm×0.5cm大之疤痕，$\overline{|8}$相应之前庭沟变浅。

【辅助检查】 左下颌骨侧位片、后前位片，X线报告称未发现骨质破坏。接诊医师据此诊断为“$\overline{|8}$阻生齿并间隙感染”，给予抗炎治疗，1月后病人因左下颌角区肿胀未减轻再次就诊。接诊医师借阅所拍之X线片，$\overline{|8}$阻生，其根端远中可见一约1.8cm×2.5cm大骨质破坏区，边界模糊不清。

【初步诊断】 左下颌角局限骨髓炎？左下颌骨中心性鳞癌待排除。

【治疗】 入院后经术前准备，在局麻下行口外颌下切口病灶探查术。术中切开皮肤、皮下、颈阔肌，见嚼肌已被病变所累，病变组织呈灰白色的新生物。切取部分病

变组织送冰冻检查,报告为中度分化的鳞状细胞癌,遂关闭创面,1 周后行颌颈联合根治术。

【术后病理诊断】 中度分化鳞状细胞癌。

【分析】

1. 本病特点 颌骨是全身骨骼系统中唯一能发生原发性癌的骨骼。颌骨中央性癌以鳞癌为多见,临床上常早期出现下唇麻木、疼痛等,X 线片表现为颌骨内的虫蚀状骨质破坏区,在 X 线片的表现常需与颌骨骨髓炎进行鉴别。骨髓炎的破坏有病源牙,并以该牙为中心渐移行于正常组织,病程较长者外围尚可见程度不等的骨质增生,有的有死骨形成。临床上,颌骨中央癌也可出现下唇麻木、张口受限、局部肿胀等。具体在此病人,病人表现为下颌角为中心的弥漫性肿大,无下唇麻木,张口受限 Ⅰ 度,$\overline{|8}$近中阻生,X 线片表现为$\overline{|8}$远中根端的远中向有一边界模糊的骨质破坏区。以上表现在颌骨中央性癌与颌骨骨髓炎皆可出现,因此临床上的诊断有二种可能。

2. 本病案教训 本病案在诊治过程中存在如下失误:①放射科阅片医师水平不高,未能对病变作出报告。②口腔科医生不亲阅 X 线片而只是盲目相信报告,导致病变延误 1 月余才得以处理。③入院后临床诊断已经考虑有“颌骨骨髓炎”、“颌骨中央性癌”二种可能,况且病人也有$\overline{|8}$阻生,以局麻下探查手术欠妥。对疑为中央性颌骨癌时,应拔除一患牙,自牙槽窝内取组织送快速病理以明确诊断,$\overline{|8}$阻生致颌骨骨髓炎本应拔除$\overline{|8}$,口内拔牙创内取活检既准确又利于手术时根治,还不易导致畸形与播散。因此行口外切口探查不宜。

(贾慕云)

上颌窦出血坏死性息肉误诊为上颌窦恶性肿瘤

【病史】 男,42 岁。因发现左面颊部膨隆伴牙痛 1.5 个月而来我院。病人自发病以来鼻塞,偶有涕中带血现象,无发热、头痛、眼胀及张口受限。

【查体】 颌面部双侧不对称,左侧眶下区饱满,无明显边界,表面光滑,有轻度压痛,无麻木感,口内牙列$\frac{7|7}{7|6}$,$\underline{|5}$松动Ⅰ°,牙龈缘充血,相应前庭沟变浅,未扪及乒乓球样感及新生物。左侧鼻腔有一约 1.5cm×1.0cm 大小之暗红色新生物,触之易出血。

【辅助检查】 瓦氏位片示左侧上颌窦腔密度增高,内、外侧骨壁部分疏松、模糊。CT 检查见左侧上颌窦腔致密,内侧壁部分骨质断续缺失,后外侧壁骨质变薄边缘不整。鼻腔内新生物取活组织检查,病理报告为“炎性组织”。**【初步诊断】** 左侧上颌窦恶性肿瘤。

【治疗】 病人入院后经术前准备而行左侧上颌窦探查术。术中见窦腔内为暗红色瘀血块、息肉状新生物,易出血,未见有实质性瘤体。窦腔扩大,上颌窦内侧壁及外侧壁骨质均有破坏。刮治后出血迅速减少、停止。术中冰冻活检,为“炎性组织”。病理为出血坏死性息肉,现病人已手术 2 年,复查无复发。

【术后病理诊断】 左上颌窦出血坏死性息肉。

【分析】

1. 本病案特点　X线检查对上颌窦疾患的诊断有着重要价值。上颌窦炎的X线表现多为窦腔致密、有液平及粘膜增厚，而骨壁的改变不多见。慢性期可表现有骨壁的增生硬化，有时在急性期可见到骨壁疏松。上颌窦恶性肿瘤病程较短，发展快，除临床上的肿大、鼻腔、口腔及眼等的表现外，X线片上主要表现为骨质的广泛破坏，尤其是包括内侧壁以外其他各壁的骨质破坏，是诊断上颌窦癌的重要依据。

上颌窦出血坏死性息肉是上颌窦炎的一种特殊类型，较为少见，命名尚不一致。目前认为其不同于一般血管瘤，与息肉和炎症有密切关系。同一般上颌窦炎不同，常常为单侧发病，同时伴有上颌窦骨壁的骨质疏松或缺损，X线表现颇似恶性肿瘤。

2. 本病案教训　是否对本病有所认识是能否正确诊断的关键。由于上颌窦出血坏死性息肉的X线表现，临床上应将上颌窦恶性肿瘤与之进行鉴别，另外还应与鼻窦真菌病等进行鉴别。既然出血坏死性息肉属上颌窦炎的一个特殊类型，在病史上一般有相应的表现，如病程长、易反复等。此病确诊最终需靠临床与病理结合作出诊断，因此务必术前术中进行探查、活检、诊断，以防盲目诊断为上颌窦恶性肿瘤行上颌骨全切，导致严重的后果。

（贾暮云）

囊性造釉细胞瘤误诊为颌骨囊肿

【病史】 男，52岁。因右侧下颌后牙疼痛于6个月前在外院行$\overline{6|}$拔除术。术后病人自述拔牙创未完全愈合，时有唾液中含血丝，一直未予以重视。半月前病人来我院，拍下颌骨全景片，以“下颌骨囊肿”收住院。

【查体】 颌面部双侧不对称，右侧下颌角区及升支部饱满，未扪及明确包块，无压痛，触之质地韧中偏硬，张口度正常。口内牙列$\frac{7|7}{7|8}$，$\overline{7|}$后方的$\overline{8|}$拔牙创呈坑状未愈合，相应前庭沟下颌骨升支前缘饱满圆钝，挤压翼颌韧带处有少量血性液自$\overline{8|}$拔牙创处溢出，液面随挤压而搏动。口内磨牙后饱满处穿刺，抽出浆液状血性液体。

【辅助检查】 下颌骨全景片示右半下颌骨升支部大范围骨密度降低，约占升支面积的3/5，其上界达乙状切迹，下界为$\overline{8|}$拔牙创，$\overline{7|}$远中根尖位于其边缘，牙根无吸收。整个骨质破坏区边缘清晰，无切迹与分隔现象，未见有明显的骨质反应线。

【初步诊断】 ①右下颌骨升支部骨囊肿；②右半下颌骨动脉瘤样骨囊肿待排除。

【治疗】 入院后经术前准备，局麻下拟行颌骨囊肿刮除术，备下颌骨部分切除术+肋骨移植术。术中见颌骨破坏广泛，内外侧壁已穿透，肿物无明显囊壁，流出血性液体后呈空腔，内有下牙槽神经血管束穿过。因下颌骨升支至乙状切迹处已呈戒指状，肿物已侵入周围软组织，故拔除$\overline{7|}$后自$\overline{7|}$牙槽窝近中处锯断下颌骨将升支切除，同时行肋骨移植术。术后4个月复查时发现相当于$\overline{7|}$处又呈饱满状，局部有波动感，穿刺抽出血性液体，X线片示$\overline{6|}$远中的牙槽骨有一葡萄粒大低密度影，遂又行下颌骨断端方块切除术，病理证实为造釉细胞瘤术后复发。现术后4年，复查无复发。

【术后病理诊断】 造釉细胞瘤。

【分析】

1. 本病案特点　造釉细胞瘤依 X 线表现可分为蜂窝型、多房型、单房型、局部恶性破坏型。单房型临床少见。多呈一个单房状囊状影像，边缘呈分叶状，有切迹，牙根有锯齿状吸收，肿瘤向根与根之间浸润。穿刺液多为褐色或血性液。本病人的 X 线片上述表现均不明显，穿刺液为血性液且穿刺时其液平面有搏动。因此，考虑单房型的动脉瘤样骨囊肿是应该的。但术中所见与动脉瘤样骨囊肿并不相符，此时最大可能是颌骨囊肿，此时又与造釉细胞瘤的鉴别非常困难。

2. 教训　鉴于此病人以上的表现，术中见囊壁不完整，此时应做的工作是对病变组织行冰冻切片检查，因为造釉细胞瘤与颌骨囊肿在治疗上是有差异的，前者需在病变外 0.5cm 处的正常骨组织内截骨切除，后者勿需骨块切除。但由于术者头脑中"颌骨囊肿"的诊断已占据主导地位，未对造釉细胞瘤的诊断予以考虑，也就不会行冰冻切片检查。尽管在囊性病变外做了颌骨切除，但由于安全距离不足，导致了造釉细胞瘤在骨断端复发。对于临床难以确诊的颌骨囊性病变，又考虑到造釉细胞瘤的可能，术中应及时行冰冻切片检查，是十分必要的。

（贾暮云）

巨细胞修复性肉芽肿误诊为角化囊肿

【病史】 男，29 岁。因右下前牙持续性疼痛半月而在当地就诊。2┐叩痛，考虑为根尖周炎。治疗时发现2┐为活髓牙，而治疗后牙痛未见减轻。经拍片，发现5432┐根端多发阴影而转来我院(附图)。



附图　下颌骨巨细胞修复性肉芽肿

【查体】 颌面部对称无畸形，双颌下各可扪及 1～2 枚约 0.3cm×0.4cm 大淋巴结，质软、活动，无压痛。左侧颈深上可扪及一约 1.5cm×1cm 大淋巴结 2 枚，右侧扪

及2.5cm×2.0cm大淋巴结2枚,质地中等,活动,右侧的有轻度压痛。口内牙列为$\frac{7|7}{7|5,7}$,$\overline{543|}$颊沟处可触及肿大,有轻微压痛,具乒乓球样感。$\underline{65432|}$牙槽骨膨隆,呈乒乓球样感,有轻度压痛,穿刺时抽出不凝的血性液体。

【初步诊断】 颌骨多发性造釉细胞瘤。

【治疗】 入院后在局麻下拟行下颌骨方块切除术。术中见X线表现的阴影区实为大量肉芽组织,出血著。冰冻切片,报告为巨细胞修复性肉芽肿,遂予以局部刮除。

【术后病理诊断】 巨细胞修复性肉芽肿。

【分析】

1. 本病案特点　颌骨内发生的任何囊肿均可形成多房,以牙源性角化囊肿多见。能产生多房低密度改变的病变很多,常见的是造釉细胞瘤、巨细胞病变、颌骨转移瘤等。穿刺检查对于X线低密度改变疾病的诊断很有帮助。以上病变中可穿刺抽出血性液体者见于巨细胞病变,这是一组包括骨巨细胞瘤、巨细胞修复性肉芽肿、巨颌症、动脉瘤样骨囊肿、棕色瘤的病变。在此组病变中,发生于单颌骨的多为巨细胞修复性肉芽肿,其中约有17%表现为多房性。发生于上下颌骨以巨颌症为多见,有家族史又称为家族性颌骨肥大。本例病人颌骨X线片表现为多发低密度改变,穿刺可抽出血性液体,无家族史,因此,临床诊断应考虑为颌骨巨细胞肉芽肿。明确诊断非常重要,这是因为各疾病的治疗原则是完全不同的。

2. 教训　如果对以上情况有足够的认识,依据穿刺液的性质也不应诊断为角化囊肿。遗憾的是,诊治者并未对穿刺液给予足够的认识和重视,只是以多发囊肿常见于牙源性角化囊肿的一般知识来指导自己,对已有的与所诊疾病不符的表现视而不见,误诊也就难免了。好在此病为巨细胞修复性肉芽肿,若是巨细胞瘤或棕色瘤、巨颌症,那么处理便是完全错误了。

（贾暮云）

牙骨质瘤误诊为根端囊肿

【病史】 女,43岁。因左侧下颌前牙不适感2月而就诊,经检查未发现病灶牙,拍下颌骨全景片发现$\overline{|2}$根端阴影,遂以“颌骨牙源性囊肿”收入院。

【查体】 颌面部对称,未扪及肿块。口内卫生好,牙龈无充血,未发现有病灶牙,牙髓活力试验无异常。$\overline{|2}$根端骨质略膨起,未扪及明显肿块。

【辅助检查】 全景片示:$\overline{2|2}$根端境界较清楚的骨质破坏透射区,约0.8cm×1.0cm大小(附图)。

【初步诊断】 根端囊肿?

【处理及结果】 病人入院后欲行颌骨囊肿摘除术,因病人家中原因急出院,1年后病人再次来我院就诊,经拍片发现原病变区X线表现改变为境界清楚的高密度影,周缘有一线状X线透射区。临床诊断:牙骨质瘤。1周后手术。

【术后病理诊断】 牙骨质瘤。



附图　牙骨质瘤(溶骨期)

【教训与讨论】 牙骨质瘤在发展过程中,X线片上可表现为三个不同时期:①早期(纤维形成期),为密度减低影像。②中期,病变渐成熟,X线片显示骨密度减低区含钙化灶。③为成熟病变,几乎完全钙化,表现为界限清楚、较均匀的实性致密影,多数情况下其边缘存在着菲薄的密度减低带。临床表现多无症状,直径很少超过1cm,受累牙牙髓活力正常,易与牙髓病引起的根尖周密度减低影像相混淆。区别有困难时,可间隔一段时间后再摄片,密度减低影像中形成钙化灶者即为根尖周牙骨质瘤。此病人正是由于偶然的原因,使得临床上得以正确诊断。

(贾暮云)

骨嗜酸性肉芽肿误诊为颌骨囊肿

【病史】 女,5岁。因右侧耳垂前下方肿胀逐渐加重2月就诊。病儿于2月前出现右耳垂前下方肿胀,无痛及其他不适。其后肿胀加重并出现胀痛,无发热。

【查体】 颌面部不对称,右侧嚼肌区轻度肿大,可触及一约4cm×4cm大的肿块,质地中等,边界不清,无乒乓球样感觉,表面皮肤无充血。右侧下唇无麻木,张口度及张口型无异常。口内牙列$\frac{V|V}{V|V}$,$\overline{V|}$中度龋,余(-)。

【辅助检查】 摄下颌骨全景片发现右半下颌骨升支部骨密度减低,边缘处部分清晰、部分模糊,无骨膜反应,似有骨质硬化线(附图)。

【初步诊断】 右半下颌骨升支颌骨囊肿。

【治疗】 入院后全麻下行右半下颌升支肿物切除术。术中见升支外侧骨壁有破坏,近下颌骨下缘处骨膜有增生现象。咬除病变骨质,见有少许肉芽组织,送冰冻切



附图　下颌骨嗜酸性肉芽肿

片检查，报告为“巨细胞修复性肉芽肿”，给予病灶刮除。

【术后病理报告】 骨嗜酸性肉芽肿。

【分析】 骨嗜酸性肉芽肿不同于发生于软组织的嗜酸性淋巴肉芽肿。前者属单核吞噬细胞系统疾患中组织细胞增生症X的一个类型，后者则可能系变态反应性疾病。骨嗜酸性肉芽肿好发于儿童，通常多为骨性损害。口腔中病变常侵犯牙龈及颌骨，患者常因牙龈肿胀、溃疡、颌骨肿大、疼痛等就诊。X线表现有如下特点是应考虑到此病：既象又不象恶性肿瘤。临床体征象恶性肿瘤，但又有良性肿瘤及囊肿的X线表现——病变区有硬化的边缘。在此病人，若结合穿刺检查，排除颌骨囊肿是没有困难的。

（贾暮云）

左颌下蔓状血管瘤的误治教训

【病史】 女，8岁。自幼左下颌部肿胀，曾在多家医院就诊，经拍片等检查，诊断为面部混合型（蔓状+海绵状）血管瘤，范围累及左半下颌骨及左颌下。5年前曾在外院行双颈外动脉结扎术+左颌下区血管瘤切除术。术中见双侧颈外动脉结扎无效，再行双侧下齿槽动静脉结扎，但未切除瘤体。2年前左下颌骨出现膨隆，1年前左颌下发现一逐渐增大的瘤体，触之有搏动感，在外院诊断为混合型血管瘤术后复发，因瘤体范围较大，未予以手术。40天前病人在某院始行放射治疗，1周前病人因口腔内大出血而急症入院，入院时给予明胶海绵加纱布咬住加压止血。

【查体】 一般情况差，消瘦，痛苦面容，呼吸急促。颌面部双侧不对称，左半颌骨膨隆，左颌下软组织肿物约3cm×4cm大，表面皮温高，可触及震颤，有轻度压缩感，穿刺可见有搏动性血液压向针管。口内为纱布紧压覆盖而视不清。

【辅助检查】 下颌骨全景片示左下颌体部低密度影约1.5cm×3.0cm,下颌管增粗。欲经皮穿刺行股动脉造影,因病人年龄小不配合而未进行。

【初步诊断】 左半下颌骨中枢性血管瘤;左颌下混合型血管瘤(以蔓状血管瘤为主)。

【治疗】 入院后给予预防性气管切开,全麻下行左侧颌内、颌外动脉介入栓塞术+瘤体切除术。术中见颌外动、静脉粗大,其静脉也有搏动感,颌内动脉粗大更明显,以明胶海绵介入栓塞后,瘤体区搏动消失,遂在几乎不出血条件下切除瘤体及左半下颌骨。在左半下颌骨标本上可见5～6条粗大血管由周围软组织通向下颌骨。现术后3年,复查未见病变复发。

【分析】

1. 本病特点　血管瘤按传统分类可分为毛细血管型、海绵状和蔓状血管,当其中的两种以上并存时称之为混合型血管瘤。此分类法简单,从治疗角度来讲,难以起到指导作用。由Mulliken等人提出新的分类法,是根据血管内皮细胞有无过度增生的特性,分成血管畸形和血管瘤二大类。后者有血管内皮细胞的过度增生,多可自然消退。血管畸形则是正常的血管内皮细胞更新,其又可分为低流速血管畸形与高流速血管畸形,蔓状血管瘤及颌骨中枢性血管瘤即属后者,这种分类对治疗有着指导作用。蔓状血管瘤的治疗既往以手术为主,只行动脉结扎者,是错误的,这是由蔓状血管瘤的病理解剖基础所决定的。蔓状血管瘤是由许多的动静脉间的大瘘、小瘘与微瘘构成,一般情况下微瘘大部分并不开放,当结扎瘤体的动脉时,由于瘤体内的血流减少,压力降低,使得微瘘开放,瘤体重新呈现而“复发”,此即“蓄水池效应”。而栓塞或手术切除瘤体就不会发生上述现象,这就是目前选择治疗的基础。

2. 本病诊治失误教训　在治疗上的失误有二处。一是作为蔓状血管瘤已如上述,结扎血管而不予以切除是错误的。切除标本所显示的由周围软组织向下颌骨内长入的5～6条粗大血管也证明了结扎的无效。二是放疗的应用。血管瘤中,仅海绵状、毛细血管型血管瘤在婴儿期放疗有效,但随年龄的增长,肿瘤对放射线的敏感性逐渐下降。而蔓状血管瘤则不宜放疗。不仅无效,往往因放疗后组织缺血坏死,更易导致突然大出血。

(贾暑云)

第五章 出 血

正常的止血机制是由血管、血小板和凝血功能三方面因素协同完成。在止血过程中，任何一种因素的缺陷都可导致出血性疾病。微血管或小血管损伤后，血管反应性收缩，血流变慢有利于凝血物质的积聚，血小板在一些粘附蛋白诸如 VWF 作用下，粘附于血管内皮下暴露的胶原组织，产生聚集、释放和促凝活性等功能。

凝血过程目前仍以瀑布学说为基础，有 12 个凝血因子，前一个凝血因子被激活转变为具有凝血活性的酶，再以下一个凝血因子为底物，使其激活形成连锁反应。凝血启动可由血浆中Ⅻ因子接触到各种带阴电荷的物质表面时被激活，即表面接触启动的凝血途径(内源途径)，内毒素、连接的组织、胶原制品、玻璃、尿酸结晶等都是表面带阴性电荷的物质。由组织因子启动的凝血途径(外源途径)，是在组织损伤时大量组织凝血活酶释放到血流，与 Ca^{2+} 及因子Ⅶ形成复合物，除了可激活因子Ⅹ外，还可参入内在凝血途径激活因子Ⅸ，故两种凝血途径互相有着密切联系，然后进入共同凝血途径生成凝血酶作用纤维蛋白原，最后形成坚固的胶联纤维蛋白凝块堵住破损血管起到止血作用。

全面了解与出血有关的各种因素是诊断出血性疾病的前提。询问病史要注意发生出血的年龄、诱因、既往史及家族史。若幼年即出现轻微外伤或拔牙后出血不止的症状，提示遗传性出血性疾病。在家族近亲中有数代男性出血异常，多为血友病。

作为就诊的主诉，牙龈和牙周出血是口腔科常见的临床表现。有局部和全身因素。在局部因素中多因炎症所致，可有不洁性龈炎、坏死性龈炎、牙周炎、牙龈息肉、肥大性龈炎等。有时发生出血的局部原因十分明确。如拔牙后牙槽窝出血不止可由牙龈剥离不准确而撕裂、牙槽突骨板折断、齿槽动脉损伤或断裂、及存在炎性肉芽或处于充血严重的炎症期等；手术中全麻下断裂的血管出血不显而未结扎或结扎线脱落等均可造成出血。在全身因素中，若成年人发生自发性牙龈出血多为获得性，常见于血液病、有出血倾向的全身疾病和肿瘤。牙龈、口腔粘膜、皮肤自发性出血点或紫癜提示血管或血小板因素引起的出血。唇、舌、口腔粘膜及皮肤出现鲜红色或紫红色斑点、斑片压之褪色，是遗传性出血性毛细血管扩张症的特征性体征。牙龈明显增生、肿胀或出血、胸骨有压痛、淋巴结和/或肝脏、脾脏肿大提示急性白血病。牙龈、口腔粘膜出血或注射部位渗血不止或全身多部位出血，应考虑弥散性血管内凝血。全身性疾病如严重肝病；可因多种凝血因子合成障碍，发生龈及口腔粘膜出血或拔牙后异常出血。维生素 C 缺乏症牙龈呈玫瑰色红肿、质地松软似海绵，极易出血。糖尿病患者易发生微血管病变，常伴有牙龈炎、牙周炎，多有牙龈出血。女性青春期和妊娠期因雌激素水平变化可表现牙龈组织红肿、增生及出血。某些药物如抗凝剂(肝素、华法林等)，阿斯匹林，口服避孕药及汞、铅、铋等重金属中毒者牙龈出血为常见的

临床表现。

口腔因特殊的生理功能及所处的环境原因，其出血是全身所有器官中最多见的部位。又因其表浅，出血易被早发现，有时在刷牙、剔牙、吸吮牙间隙、进食硬食时发生出血，作为病人及医生往往忽视而不介意，但若口腔出血是全身性疾病在口腔的首发症状时，这种麻痹心理极易造成漏诊或误诊。临床如何正确诊治口腔出血，是医生医学知识水平，临床经验及认真仔细的工作态度的综合。对牙龈、口腔粘膜出血、拔牙或轻微外伤出血不止者，需根据病史、体征进行初步分析，在除外局部组织损伤如牙龈撕裂、牙槽血管损伤等引起的出血外，应考虑全身因素。可先选择一些简单易行的实验室检查作筛选试验，常规项目有出血时间、凝血时间、毛细血管脆性试验、血小板计数、凝血酶原时间(PT)、激活的部分凝血活酶时间(APTT)，根据这些项目的检查结果可做归类诊断。一类为出血时间延长、毛细血管脆性试验阳性、凝血试验检查结果正常者，结合临床多是血管壁或血小板异常所致的出血。另一类属凝血时间延长，PT 及 APTT 有一项或两项均异常而其他试验结果正常者，提示凝血机制障碍，再进一步进行各类型疾病有诊断意义的特殊检查以确诊。

本章写出的误诊主要指血液病性出血、肿瘤性出血、药物性出血等，但在拔牙、创伤以及常见病(牙龈炎)等似有正当理由掩盖下，造成失误，教训深刻。

(刘金兰　金志勤)

第一节　拔牙后出血的误诊

血友病 A 拔牙后出血不止的教训

【病史】 男，17 岁。高考前半月，因牙痛在镇卫生院诊为$\overline{6}|$松动拔除后，牙床窝持续渗血四天不止，又去县医院检查，诊断拔牙后出血，以小棉球蘸石炭酸液牙槽窝局部烧灼后，出血加重，局部以纱布卷压迫、静脉输注止血敏 3g/d 均不能止血，五天后转入我院。

【查体】 青年男性、轻度贫血貌。皮肤无出血点、紫癜，口腔有血迹，$\overline{6}|$缺如，牙槽窝周围牙龈糜烂、渗血。心、肺无异常。肝、脾未扪及。

【辅助检查】 白细胞 4.1×10^9/L、血红蛋白 101g/L、血小板 160×10^9/L。激活的凝血活酶时间(APTT)65 秒(正常对照 37 秒)、凝血酶原时间(PT)13 秒(正常对照 12.5 秒)、凝血活酶生成时间 65 秒、纠正试验加硫酸钡吸附血浆 16 秒、加正常血清 57 秒，提示凝血因子Ⅷ缺乏，检测肝功能、肾功能正常。

【初步诊断】 血友病 A。

【治疗】 以补充凝血因子Ⅷ为主要治疗方法，入院后静脉输注青霉素 800 万 U/d，预防感染，6-氨基乙酸 4g/d 对抗纤维蛋白溶解，并反复输注新鲜血浆及新鲜全血，第三天始出血明显减轻至第五天出血停止，共输新鲜血浆 780ml、新鲜全血 1200ml，住院 1 周好转出院。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)对凝血功能障碍性疾病缺乏理论知识,不了解其临床特点。故对拔牙后出血不止的表现,没有及时做血常规等有关实验室检查,而只注重局部止血处理,忽视整体因素,是造成误诊的主要原因。

(2)询问病史不全面:血友病属遗传性凝血因子缺乏。血友病 A 属性染色体隐性遗传,遗传规律一般是男性发病、女性传递,约有 2/3 的患者有家族史,故询问家族史为诊断提供线索是诊断凝血功能障碍性疾病的必要内容。

(3)血友病患者并非全是自幼发病。发生出血年龄不一,可在出生后一周即发生,也有 30 岁尚未发生出血症状,本病例既往无出血病史,容易忽略遗传性凝血因子缺乏的可能。

2. 本病案特点

(1)患者系青年男性,因牙痛予以拔除后,牙槽窝出血 9 天不止。

(2)用常规方法不能止血,石炭酸液局部烧灼后出血加重。

(3)皮肤无出血点、紫癜,血小板计数正常,可除外血小板及血管因素所致的出血。

(4)APTT 试验延长,PT 试验正常,提示内源性凝血障碍,多见凝血因子Ⅷ、Ⅸ、Ⅺ缺乏。

(5)延长的凝血活酶生成试验,能被含Ⅷ因子的硫酸钡吸附血浆纠正,而不被含Ⅸ因子的正常血清纠正,提示为凝血因子Ⅷ缺乏症。

3. 教训

(1)患者拔牙后牙槽窝持续出血达 9 天,此间卫生院及县医院均未查血常规等有关化验,只是做局部止血处理,若能及时做血常规检查,显示血小板数量正常,结合病史及查体,可以除外血小板因素所致的出血。应考虑有否凝血功能障碍。再做凝血障碍的有关试验检查,如 APTT、PT 及凝血活酶生成、纠正试验,即可早确诊。

(2)患者在县医院行石炭酸牙槽窝烧灼后,导致出血加重。充分显示了对有凝血障碍所致的出血,施行手术治疗只会加重出血,故应尽量避免。尽快补充凝血因子Ⅷ至有效止血水平乃是最有效的治疗方法。不同程度的出血,因子Ⅷ有效的止血水平不同,补充的剂量也不相同。一般而言,对拔牙后出血不止、轻度关节积血及深部血肿患者,因子Ⅷ提升至正常凝血活性的 15%~20%,即可达到止血水平。因子Ⅷ在体内生物活性半衰期为 8~12 小时,可每日两次或连续输注新鲜血浆,新鲜冻干血浆或新鲜全血。

(3)因拔掉一颗牙齿,局部持续出血不止,迫使病人住院诊治。痛失参加高考的机会,造成终生遗憾,给病人及家庭带来极大的痛苦和经济负担。做为口腔科医师,应吸取教训,总结经验,加强整体诊治水平。

4. 小结

(1)血友病 A 属性染色体隐性遗传,女性传递、男性发病。询问家族史,有助于

早期诊断。

(2)拔牙后，持续出血超过24小时，应考虑有出血性疾病的可能。做出、凝血时间，血常规检查有助于血小板、血管因素所致的出血性疾病的诊断。而凝血功能障碍性疾病应做APTT、PT试验，若APTT时间延长，PT时间正常，多提示因子Ⅷ、Ⅸ、Ⅺ缺乏，应做凝血活酶生成和纠正试验以确诊。

(3)血友病出血往往由拔牙、扁桃腺摘除、局部注射、外伤等诱因所致。故患者应尽量避免手术治疗，尽快补充凝血因子是主要治疗措施。若病情急需手术，术前凝血因子必需补充至有效止血水平，否则会发生严重出血。凝血因子浓度以单位计算，每一单位相当正常人新鲜血浆1ml所含的浓度。本病例是因子Ⅷ缺乏，出现拔牙后出血不止的临床表现，应提高因子Ⅷ正常凝血活性的15%～20%，方可达到止血水平，此时因子Ⅷ输注量为每千克体重8～14单位。中等手术术前需补充至20%～40%，输注量为每千克体重10～25单位、大手术补充至50%～60%以上，输注量为每千克体重35～50单位。因子Ⅷ输入体内生物半衰期为8～12小时，一次输注尚难达到有效止血水平，需重复输注，对有心、肺功能不全者，不能耐受大量血浆输注，可输入因子Ⅷ浓缩剂。国外报道对有出血性疾病患者，拔牙术中可用纤维胶以起止血作用。纤维胶是由两管药物混合而成。其一管装有凝血酶及氯化钙，另一管装有纤维蛋白原、因子Ⅷ和抑肽酶，凝血酶激活纤维蛋白原，裂解出纤维蛋白A肽及B肽后，形成纤维蛋白单体，ⅩⅢ因子经凝血酶激活后，使可溶性纤维蛋白单位交联成稳定的纤维蛋白多聚体，形成牢固的血凝块。抑肽酶(抗蛋白酶)通过抑制纤维蛋白溶解预防血凝块早期降解，一般7～10天可使拔牙窝愈合。抗纤维蛋白溶解的药物如6-氨基乙酸、对羧基苄胺等均可应用。

(刘金兰)

拔牙致牙龈撕裂出血误诊为渗血

【病史】 男，25岁。拔牙术后出血12小时于晚10时来我科急诊。患者当日上午9时在外院拔除$\overline{8|}$阻生齿，手术历时1小时，拔牙后4小时仍有鲜血外渗，再次去拔牙医院处理，诊断为“拔牙创内渗血”。给予肌肉注射安络血、维生素K，创口内填塞明胶海绵及浸有肾上腺素的纱布卷咬紧压迫，当时出血停止。回家后唾液内仍混有血液，于晚饭后口内出血逐渐增多，急来我科诊治。

【查体】 青年男性，急性病容。口内$\overline{8|}$处拔牙创口有暗红色血凝块，其舌侧牙龈有一撕裂伤口，长约1cm，出血活跃，同时有小牙槽骨残片与牙龈相连。

【初步诊断】 拔牙致牙龈撕裂出血。

【治疗】 局麻下摘除与牙龈相连的牙槽骨片，缝合撕裂牙龈，出血停止。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　本例术者拔除阻生牙技术欠佳，动作粗糙，牙龈撕裂及残留牙槽骨片未及时发现。复诊医师未能认真仔细检查，误诊为牙槽窝渗血。

2. 本病案特点　阻生牙拔除较困难，历时1小时，舌侧牙龈撕裂伴有骨折片粘

附。

3. 教训　拔牙尤其拔除阻生牙时,往往注重查找牙齿残片和断根而忽视牙龈撕裂及牙槽骨骨折,对此应引起拔牙医师足够重视,尤其应检查舌侧牙槽骨板及牙龈。当接诊因拔牙致牙槽窝出血的病例,医师应去除窝内血块,晰见明确出血部位。

4. 小结　拔牙术后异常出血为拔牙手术最常见的并发症,傅金兰统计 54402 人次拔牙术后异常出血 272 人占 0.5%,而阻生牙拔除术后出血则明显增加,耿温琦统计 3000 例下颌阻生齿拔除,有 191 例术后异常出血占 6.4%。拔牙术后异常出血原因以牙龈撕裂最为常见,占拔牙术后出血的 41%~71.3%。牙龈撕裂一般有两种情况,一是牙龈全层撕裂,另一种是牙龈与骨膜一起撕裂,有时附有游离骨片。出现牙龈撕裂的主要原因为牙龈分离不够充分,牙龈分离器插入过浅,没有使环状韧带与牙颈部完全分离。也可能因牙龈分离器插入过深,使牙龈由牙槽骨面或骨膜面上分离,其他如牙挺、牙钳、牙凿、骨钻使用不当均可损伤及撕裂牙龈。

对拔牙医生来讲,首先应想到手术有损伤牙龈的可能,因此手术操作中应尽量避免,术后要仔细检查伤口及牙龈,如发现牙龈撕裂或龈片游离应立即缝合,牙龈表浅损伤用塞治剂、止血粉等即可止血。

(李宁毅)

拔牙损伤下齿槽血管出血误诊为牙龈损伤

【病史】 男,28 岁。拔牙后 2 小时流血不止。2 小时前在我科拔除$\overline{8|}$阻生齿,为低位近中阻生,历时 1 小时,拔牙后缝合撕裂牙龈 2 针,纱布卷咬紧止血。半小时吐出纱布卷后创口仍流血不止,在本单位保健站仍以牙龈损伤出血行局部压迫 1 小时,无效转来我院。

【查体】 青年男性,一般情况良好,去除$\overline{8|}$牙槽窝内棉球后见窝底有鲜血外溢。

【诊断】 拔牙术后异常出血(下齿槽血管损伤所致)。

【治疗】 将浸有肾上腺素的碘仿纱条填塞牙槽窝内,全身应用止血敏、安络血、维生素 K 等出血停止,继续应用抗生素控制感染,72 小时后缓缓抽出碘仿纱条,未见明显出血。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　术者术中没有考虑到损伤下齿槽血管的可能。仅以牙龈撕裂进行缝合,当再次就诊于保健站,又以牙龈损伤出血行简单地压迫止血。

2. 本病案特点　阻生牙低位阻生,以劈开法拔除时易损伤下齿槽血管,伴有牙龈撕裂牙龈出血,一般创口加压及缝合均未奏效。

3. 教训　拔除阻生牙或磨牙时,一定要想到有损伤下齿槽血管的可能,尤其是低位阻生或有牙槽骨大块骨折时。如发现活跃出血且不易止血时,应采取有效止血措施,最好观察 1~2 小时后再让病人离去。

4. 小结　下牙槽血管神经束由下颌孔进入下颌骨,以后上向前下行走于下颌管内。下颌管的后 2/3 偏向下颌支及下颌体内侧面,前 1/3 偏向下颌体的外侧面,在骨

内介于牙根尖之下、下颌下缘之上，下牙槽神经和血管沿途分支到牙根管内。

一般情况下，拔牙不容易损伤牙槽窝内小血管或下齿槽血管，但当慢性根尖周炎牙根与牙槽骨粘连及低位阻生齿时，牙拔除过程中容易损伤附近血管，尤其伴有牙槽骨骨折，骨折片移位可刺伤下齿槽血管。此时牙槽窝内出血多，常规压迫一般不能止血。对于术者最重要的是应想到损伤血管的可能，术后仔细认真检查伤口或留病人观察 1～2 小时。当确定为下齿槽血管损伤后，应采取填塞法止血，可用浸有肾上腺素或凝血酶的明胶海绵、碘仿纱条填塞牙槽窝，止血后根据情况 72 小时后抽出纱条。

（李宁毅）

颌骨血管瘤拔牙后出血误诊为齿槽动脉损伤

【病史】 男，38 岁。2 日前因$\overline{6|}$松动来我科门诊拔除。牙拔除后牙槽窝出血很多，给予明胶海绵填塞及纱布卷紧咬压迫止血。回家后出血仍未停止。次日晨复诊时发现$\overline{6|}$牙槽窝内有较大松软血凝块，基底不断外渗鲜血。考虑为牙槽窝内小动脉出血，以含肾上腺素碘仿纱条填塞牙槽窝及全身应用止血药物。于术后第 2 日再次复诊时，自诉回家后总出血量约 300ml，遂收入院治疗。

【查体】 中年男性，一般情况良好，$\overline{6|}$牙槽窝内不断外渗鲜血，心脏、肺脏无异常。皮肤无出血点、紫癜。

【辅助检查】 出血时间、凝血时间均正常，血常规无异常发现。颌骨曲面体层 X 线片示$\overline{7\text{-}4|}$下颌骨体有一 2.5cm×3.5cm 蜂窝状及小囊状破坏区，边界尚清楚，周围似有硬化，$\overline{7|}$牙根尖轻度吸收。

【初步诊断】 下颌骨中心性血管瘤。

【治疗】 全麻下行右侧颈外动脉结扎＋下颌骨右侧体部切除术。术中出血约 1000ml，输血 1200ml，经过顺利，伤口一期愈合出院。

【病理诊断】 下颌骨中心性血管瘤。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　中年男性拔牙后出血首先想到的是牙槽窝内小血管出血或牙龈撕裂。下颌骨外形正常，未发现明显膨隆及其他异常，拔牙前无出血病史，因而临床医师未能及早拍 X 线片检查颌骨。

2. 本病案特点　拔牙前患者无血管瘤的任何症状，颌骨外形正常。拔牙后反复出血，用常规止血方法失败后方提醒医师拍 X 线片检查。

3. 教训　对无明显原因的牙齿松动患者，应想到有颌骨病变的可能，颌骨 X 线片应及早拍摄以免长期误诊误治。

4. 小结　颌骨中心性血管瘤临床较少见，可来源于颌骨本身营养血管或颌骨周围软组织内血管瘤侵犯颌骨。肿瘤在颌骨内缓慢生长，最初表现多为颌骨膨胀变形，当牙槽骨被侵犯时，则出现一个或多个牙齿松动，此时若拔除肿瘤部位牙齿可引起严重出血，其病变 X 线特点为：①骨质呈蜂窝状或皂泡状相互重叠透光区。②囊性稀疏透光区。③点状稀疏透光区。边界可清楚亦可不清楚，牙根吸收及牙齿移位，下颌

管口扩大呈喇叭状。X线片征象应与颌骨巨细胞瘤、造釉细胞瘤、骨纤维异常增殖症、动脉瘤样骨囊肿等鉴别。

对于颌骨血管瘤的牙槽窝出血，应及时用碘仿纱条填塞或颈外动脉结扎。如诊断明确应尽早行肿瘤部位骨内注射硬化剂保守治疗或介入治疗。

（李宁毅）

血友病拔牙后出血误诊为外伤后牙龈出血

【病史】 男，6岁。半小时前患儿跌倒。上前牙龈出血，托儿所阿姨局部纱布压迫，出血仍不止乃来我院。

【查体】 患儿发育营养好，神志清楚，安静，$\underline{A|A}$ Ⅲ°松动，牙龈渗血。

【初步诊断】 外伤性牙龈出血。

【治疗】 局麻下拔除$\underline{A|A}$，纱布卷压迫创口。

患儿1小时后因局部仍出血不止复来我科。检查$\underline{A|A}$牙槽窝内活跃出血，未见明显血凝块，考虑纱布未压紧及牙龈有撕裂，局麻下缝合创口处牙龈，再次给予纱布卷嘱患儿紧咬半小时，肌肉注射安络血等止血药。4小时后因伤口仍流血由患儿母亲陪同再次复诊。此时患儿面色苍白，表情淡漠。检查心肺无异常、肝脾不肿大。$\underline{A|A}$仍为活跃渗血，追问病史方知患儿舅父为血友病患者，每当患儿跌倒时着地皮肤呈青紫色。化验出血时间2分钟、凝血时间18分钟、血小板100×10^9/L，转儿科病房诊治。

【诊断】 血友病A。

【治疗】 入院后两次共输注新鲜全血400ml，局部以浸有凝血酶的纱条填塞压迫创口，出血停止。1周后出院。

【分析】

1．误诊误治的思路原因　初诊医师思路狭窄，在明显外伤史情况下，没有想到其他可能性，仅仅以为外伤性牙龈撕裂及松动而误将松动牙拔除。托儿所阿姨不能提供有助于诊断的家族史及既往史。患儿本人无叙述能力，因此未能及时进行有关化验检查。

2．本病案特点　6岁患儿外伤性牙龈出血，$\underline{A|A}$松动，在未提供血友病家族史的情况下，医师拔除松动$\underline{A|A}$。在拔牙、缝合伤口及局部纱卷压迫4小时仍出血不停，已显示有凝血障碍。其母提供病史后才进行有关化验及确诊。

3．教训　对拔牙后异常出血的患者经常规处理仍不能止血时，应该想到出血和凝血性疾病的可能，此时应详细追问病史、做有关化验检查。必要时及早请有关科室会诊协同诊断。

4．小结　由凝血因子缺乏或功能异常所引起的出血属凝血功能障碍性疾病，其共同特点为出血倾向，内脏或深部组织自发性出血或外伤、手术后出血过多、时间过长。临床以血友病A(因子Ⅷ促凝成分Ⅷ:C缺乏)、血友病B(因子Ⅸ缺乏)及遗传性Ⅺ因子缺乏较常见。以上疾病拔牙应视禁忌。若因严重外伤、牙周炎引起牙齿松动而不能保留需施行拔牙术时，事先应输注新鲜全血或新鲜冷冻血浆以提高凝血因子

Ⅷ、Ⅸ或Ⅺ的活性至有效止血水平,否则易发生出血不停的临床表现。拔牙时口腔医师对局部处理尤为重要,应改善口腔卫生状况,尽快控制口内感染灶,拔牙技术操作熟练、轻巧、尽量减少组织损伤,缩短拔牙时间,创口可用浸有凝血酶的止血海绵、碘仿纱条或止血纤维素、干血浆粉等填塞。

(李宁毅　刘金兰)

系统性红斑性狼疮继发血小板减少性紫癜,拔牙后出血,误诊为牙龈损伤

【病史】 女,28岁。反复牙痛三个月,近一周吸吮后口腔有血迹,在某医院诊断为"牙周病"致牙齿松动,予以$\underline{|4}$拔除后,局部渗血10个小时不止,又去该院复诊,诊断为拔牙致牙龈损伤。用三七粉、明胶海绵压迫未奏效。既往有手指关节、腕关节、膝关节痛已半年。

【查体】 青年女性,口腔检查:$\underline{|4}$缺失,牙窝渗血不止,但无明显出血点、龈缘糜烂,周围粘膜充血水肿,$\underline{|5.6}$松动Ⅱ°,牙列整齐,牙间散有血块覆盖。右前臂及腹部皮肤散有出血点、紫癜。心、肺无异常,肝脾未扪及。

【辅助检查】 白细胞4.2×10^9/L、血红蛋白110g/L、血小板41×10^9/L,血沉68mm/小时,骨髓增生活跃,粒、红比例在正常范围、全片巨核细胞81个,其中颗粒型巨核细胞69个,成熟型巨核细胞2个。抗核抗体阳性、抗双链DNA抗体阳性,抗SS-A抗体阳性,抗Sm抗体阳性。

【初步诊断】 系统性红斑狼疮继发血小板减少性紫癜。

【治疗】 给予口腔清洁护理,餐后用口泰液漱口,强的松60mg/d口服。至第三天口腔出血明显减轻,住院两周复查血小板81×10^9/L,血沉19mm/h。病情明显好转,患者要求出院回当地治疗。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)患者以反复牙痛三个月、加重一周为主诉。医师检查为牙周病致牙齿松动,予以拔除。其诊断、处理是正确的。

(2)牙齿拔除后,局部渗血达10小时不止,不能以拔牙后致牙龈损伤来解释,应进一步查找原因,而本病案却未重视这一点,这是引起误诊的原因之一。

(3)系统性红斑狼疮口腔科医师接触较少,缺乏深刻的了解,也容易引起误诊。

2. 本病案特点

(1)青年女性,以皮肤粘膜出血为主要临床表现。如龈缘糜烂出血、牙槽窝出血,皮肤出血点、紫癜等。

(2)实验室检查:血小板41×10^9/L、骨髓巨核细胞81个,颗粒型巨核细胞69个、成熟型巨核细胞2个,显示巨核细胞成熟障碍。抗核抗体谱异常,其中抗核抗体阳性、抗双链DNA抗体阳性、抗Sm抗体阳性,符合系统性红斑性狼疮继发血小板减少性紫癜的诊断。

(3)肾上腺皮质激素治疗有效。

3. 教训

(1)对诊断为口腔科疾病,治疗不奏效者,应再仔细询问病史、全面查体,认真分析其临床表现。如本病案除了有拔牙后渗血不止外,尚有皮肤出血点、紫癜等体征。症状、体征联系起来,就容易考虑到患有出血性疾病的可能。

(2)拔牙后牙槽窝渗血10小时不止,已显示病人有止血障碍,接诊医师应立即做血常规、出血时间、凝血时间等化验检查,或是迅速请有关科室会诊,以尽快确诊。而不是只做局部处理,延误诊断。

4. 小结

(1)对损伤后渗血不止的患者,应考虑有止血功能异常的出血性疾病。其发病机制可分为血管壁异常,血小板功能和数量的异常及凝血障碍三种主要因素。自发性皮肤粘膜出血往往提示系血小板因素。本病案有皮肤粘膜出血的临床表现,血小板 $41\times10^9/L$,骨髓检查巨核细胞增多,伴成熟障碍。支持血小板减少性紫癜的诊断。但应区分原发性或继发性血小板减少。本病例为青年女性,有半年全身关节痛史,有无风湿性疾病的可能,应做抗核抗体谱的检查。抗核抗体是系统性红斑狼疮(SLE)的筛选试验,阳性率约95%。抗双链DNA抗体、抗Sm抗体是SLE的特异性抗体。病人关节痛、血小板减少、抗核抗体阳性、抗双链DNA抗体阳性、抗Sm抗体阳性,支持SLE的诊断,拔牙后牙槽窝渗血不止系血小板数量减少所致。

(2)血小板减少可由多种病因所致。如感染、药物、血液系统的恶性疾病等。SLE患者约有14%~26%可有血小板减少,大多由免疫异常所致。血小板减少性紫癜可做为SLE的前驱症状,经过一定时间,才表现出典型的SLE症状。因此对血小板减少的患者,应注意寻找有无原发病。

(3)SLE好发育龄女性,此与雌激素水平有关。故对发生血小板减少的育龄女性,需做SLE的有关检查。

(4)肾上腺皮质激素是治疗SLE的主要药物。对病情严重或因严重副作用,不能应用激素者,可用环磷酰胺、硫唑嘌呤等免疫抑制剂。

(刘金兰)

第二节 牙龈及粘膜出血的误诊

急性粒细胞白血病牙龈出血误诊为牙龈炎

【病史】 女,34岁。1周前因洗澡受凉发热37.5℃,两天后体温升至38℃,自服感冒冲剂未退热,去某医院检查发现颈左侧有两个肿大之淋巴结,直径约1.5cm×2.5cm,诊为“颈淋巴腺炎”,予以青霉素800万单位/日静脉注射1周,体温仍波动在38℃左右,肿大的淋巴结未缩小,并发生牙龈出血。复诊时发现局部牙龈肿胀、有破溃出血,诊断“牙龈炎”。以朵贝尔液漱口,碘甘油局部涂抹两天,止血效果不明显,转

来我院治疗。

【查体】 中年女性，胸前及双上肢皮肤散有出血点、紫癜。胸骨有压痛、口腔有血迹，┼3、4、5龈缘肿胀、糜烂出血，颈左侧扪及两个直径约1.5cm×1.5cm肿大淋巴结，质韧、活动无触痛，心、肺无异常，肝大肋下2cm。

【辅助检查】 白细胞2.8×10^9/L、血红蛋白100g/L、血小板4.8×10^9/L。肝、肾功能无异常。骨髓增生明显活跃，原始粒细胞0.42，早幼粒细胞0.11，过氧化物酶染色强阳性。

【初步诊断】 急性粒细胞白血病(m_2a)。

【治疗】 病人入住层流室预防感染发生，给予朵贝尔液漱口及金喉散口腔喷雾。静脉输注血小板悬液，以DA方案(柔红霉素、阿糖胞苷)化疗一个疗程，体温正常，牙龈损害愈合、淋巴结及肝、脾均未扪及。复查白细胞4.2×10^9/L、血红蛋白103g/L、血小板110×10^9/L。骨髓增生明显活跃，原始粒细胞0.02，早幼粒细胞0.01，示完全缓解出院，嘱定期来院化疗。

【分析】

1．误诊误治的思路原因

(1)口腔科医师多注重口腔局部检查，很少对病人做全面查体，故当病人有发热、颈淋巴腺大，就诊断“颈淋巴腺炎”，对口腔局部糜烂出血，就诊断为“牙龈炎”，不进行全面查体就不能及时发现有助于诊断的阳性体征，如皮肤粘膜、淋巴结、肝和脾脏肿大等表现，这样就不能以症状、体征提供诊断线索。

(2)接诊医师不重视血常规检查，不能及时发现血象的异常，是造成误诊的重要原因。

2．本病案的特点

(1)患者系中年女性，有发热、皮肤出血点、紫癜、牙龈糜烂出血，颈淋巴腺肿大，胸骨有压痛，肝脏肿大等，皆是急性白血病所具有的发热、出血、浸润的临床表现。

(2)本病案曾按颈淋巴腺炎、牙龈炎治疗未奏效，而化疗后上述症状体征消失，证实颈淋巴腺肿大，牙龈糜烂出血系白血病细胞浸润所致。

(3)外周血象白细胞2.8×10^9/L，血小板4.8×10^9/L，已显示异常，骨髓检查原始粒细胞0.42，早幼粒细胞0.11，支持急性粒细胞白血病(m_2a)的诊断。

3．教训

(1)本病案被误诊为颈淋巴腺炎、牙龈炎与急性白血病在该部位有相似的临床表现。但本病例尚有皮肤出血点、紫癜、胸骨有压痛及肝肿大等体征，其临床表现较复杂，应全面考虑是否系一种疾病在不同部位的表现，而不是仅根据局部表现做出片面诊断。

(2)对发热病人，血常规检查是不可缺少的。本病例初诊时未查血常规，不了解其变化，延误尽早做骨髓检查的时间，失去早诊断、早治疗的机会。

(3)由于误诊为颈淋巴腺炎，使病人无辜接受抗生素治疗达两周之久。造成一定的经济损失，加重病人负担。

4．小结

(1)重视血常规检查：对发热、出血、淋巴结或肝、脾肿大的病人，初诊时应常规做血化验，以减少疾病的误诊或漏诊，尤其对血液恶性疾病的诊断，血常规是必须的早期化验之一。

(2)合理使用抗生素：对发热病人应尽快查明原因。在各种化验检查未出结果之前，若病人情况较好，可暂不用抗生素，对症处理密切观察体温变化，待化验结果或血培养等结果报告后，选用敏感抗生素。中性粒细胞碱性磷酸酶的检测(ANP)有助于区分感染或非感染性发热。本病例最高体温38℃，用青霉素1周无效，化疗后体温恢复正常，表明发热与白血病细胞分解代谢有关，而非感染所致。

(3)早诊断、早化疗，最大限度的杀伤白血病细胞，尽早达到完全缓解，乃是治疗急性白血病的主要手段。

(刘金兰)

急性单核细胞白血病牙龈浸润误诊为牙龈损伤

【病史】 男，41岁。1周前用牙签剔牙后，牙龈出血、量不多，未介意。次日刷牙时牙龈出血。并发现上牙龈肿胀，即去区医院诊断“牙龈损伤”。嘱用碘甘油涂抹局部，治疗5天不见好，牙龈肿胀日趋加重，吃饭时牙龈出血，再去复诊诊断“牙龈损伤，牙龈炎”，给予洁齿、继续碘甘油涂抹局部、口服甲硝唑治疗，1周后出现发热T37.8～38.2℃，右下肢痛，来我院诊治。

【查体】 中年男性，轻度贫血貌、上牙游离龈明显肿胀呈门帘样遮盖2/3牙冠，轻触痛，触之易出血。胸骨压痛(+)，心、肺无异常，肝大肋缘下2cm、脾大肋缘下3cm，双下肢皮肤散有瘀斑，直径1cm至2cm左右。

【辅助检查】 WBC 21×10^9/L、幼稚细胞0.32，血红蛋白100g/L，BPC 57×10^9/L，骨髓增生明显活跃，原始单核细胞0.48，幼稚单核细胞0.25，Auer小体可见。细胞化学反应：过氧化物酶(POX)弱阳性，非特异性脂酶阳性，并能被氟化钠(NaF)抑制。

【诊断】 急性单核细胞白血病(m_5b)。

【治疗】 患者入血液科病房，予口腔清洁护理、口泰液漱口，采用HA方案(高三尖杉脂碱、阿糖胞苷)化疗至第3天牙龈肿胀开始减轻，第7天化疗结束时肿胀消退，但牙龈出血加重，有血疱，左眼球结膜出血，右侧臀部皮肤有4cm×6cm瘀斑，尿色红、尿沉渣镜检高倍视野下有大量红细胞、DIC(弥散性血管内凝血)常规检查：BPC 2.8×10^9/L、凝血酶原时间18秒(正常对照12.2秒)，纤维蛋白原含量1.2g/L(正常对照2.4g/L)，3P试验阳性，优球蛋白溶解试验<90分钟。符合DIC诊断，给予新鲜血浆、纤维蛋白原制剂输注以补充凝血因子，肝素50mg/d，6-氨基乙酸6g/d滴注至第3天病人突感剧烈头痛，频繁呕吐，两侧瞳孔不等大，颈项有抵抗感，双侧布氏征阳性。经神经科会诊考虑有颅内出血并脑疝形成，虽采用甘露醇、速尿等降颅压及输注血小板悬液等抢救措施均无效于当日死亡。

【分析】

1. 误诊误治思路原因　病人是在剔牙后发生牙龈出血、肿胀,故首诊医师较容易考虑到纯系牙龈损伤引起的局部改变。口腔科医师对急性白血病接触较少,不了解该病在口腔的表现。虽然病人因牙龈肿胀加重再次复诊,医师仍以口腔的局部病变,做出本专业常见病的诊断。

2. 本病案特点　中年男性,首发症状表现在口腔牙龈增生、肿胀呈门帘状,触之易出血,以后又发生发热、皮肤瘀斑、肝脏、脾脏肿大及关节痛的表现。

外周血幼稚细胞 0.32,血小板 57×10^9/L,骨髓检查原始单核细胞 0.45,幼稚单核细胞 0.25。骨髓象及细胞化学检查均支持急性单核细胞白血病(M_5b)的诊断。

化疗结束时牙龈肿胀消退,但局部出血加重有血疱,出现眼球结膜出血、肉眼血尿、颅内出血等多脏器出血的临床表现。实验检查证实为 DIC,最终死于颅内出血。

3. 教训　患者来我院就诊时,上牙游离龈明显增生肿胀,呈门帘状遮盖 2/3 牙冠,触之易出血。此改变只以牙龈损伤、牙龈炎不好解释,应考虑是否系其他疾病在口腔的表现。若能及时进行血常规化验,外周血出现幼稚细胞,已提供诊断白血病的证据,做骨髓检查即可确诊。

口腔科医师应了解和掌握在口腔有特殊改变的相关疾病。本病案牙龈明显肿胀主要由白血病细胞浸润所致。单核细胞具有游走性、吞噬性特点,急性单核细胞白血病对口腔粘膜及皮肤浸润所造成的损害,往往是该病较突出的临床表现。表现在口腔牙龈有明显增生肿胀、糜烂、溃疡甚者有血疱、舌体肿大等改变,病人常以口腔的病变首诊去口腔科。做为口腔科医师应了解这一点,此时应尽快做些常规检查如血常规,有异常变化应及时请有关科室会诊尽快确诊。

4. 小结　急性白血病可引起牙龈增生、肿胀或巨舌等改变,甚者肿胀的牙龈呈门帘状遮盖部分牙冠,并可有糜烂、出血等表现,这种改变是由白血病细胞浸润所致。若继发感染会加重上述病变。在急性粒—单核细胞白血病(AMMoL)和急性单核细胞白血病(AMoL)尤为多见。急性白血病除了口腔表现,还可有发热、贫血、皮肤及脏器出血及淋巴结、肝脏、脾脏肿大等临床表现。血常规检查为该病诊断提供线索,进一步做骨髓检查,通过细胞形态学或细胞免疫及染色体检查确诊,AMoL 的细胞浆内含有丰富的溶酶体,化疗后大量白血病细胞破坏溶酶体释放到血流,溶酶体含有较多的类似组织凝血活酶的促凝物质激活凝血系统,导致 DIC 发生。急性白血病,因诱发 DIC 的病因不易去除,DIC 较难控制,常因重要脏器出血、功能衰竭死亡。

引起牙龈肿胀的原因很多,除急性白血病外可见感染引起的龈口炎如细菌性口炎、Vincent 龈口炎等,其好发于儿童、老年及免疫功能低下的病人。当伴有全身感染时,可出现类白血病反应的血象变化,此时白细胞计数高,外周血出现中、晚幼粒细胞、骨髓检查粒细胞胞浆里有中毒颗粒、空泡等感染性骨髓象的改变,可与急性白血病鉴别。维生素 C 缺乏症,内分泌及代谢障碍所引起的龈口炎都有很明确的病史,可帮助诊断。维生素 C 缺乏症表现全口牙龈缘肿胀、突起、组织松弛、深红色、触之易出血。重者龈组织呈海绵状、牙松脱,然而血象检查无异常,有助于与白血病鉴别。糖尿病患者可有龈红肿、龈缘息肉状肉芽组织,舌有时肿大,色红有齿痕及干裂灼痛,

血糖测定可明确诊断。妊娠期能使原有的龈炎加重，称妊娠性龈炎。龈乳头出现瘤样增生物称妊娠性龈瘤，可在分娩后缩小或消失。月经期易发生龈充血、出血称为月经性龈炎，月经停止后，出血自行停止。

（刘金兰）

牙龈恶性黑色素瘤出血误诊为牙龈炎

【病史】 男，68岁。渔民，患者以鱼为主食，吃鱼时鱼刺经常刺伤口腔粘膜，多年来从未介意。近3个月左上颌牙龈痒，鱼刺刺破后出血较多，因局部不适患者经常故意刺破局部反觉舒服，在当地医院按牙龈炎反复治疗多次无效转来我院。

【查体】 老年男性，身体健壮，口内有血腥口臭，$\underline{|4\text{-}7}$ 颊侧牙龈呈暗黑色，肿胀、触之易出血，大小有2cm×4cm。取其活检，送病理检查。颈部及腋下未见肿大淋巴结。

【临床诊断】 牙龈粘膜恶性黑色素瘤。

【治疗】 全麻下左颈淋巴结根治性清扫加左侧上颌骨切除术，伤口一期愈合出院。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　病史中有多年鱼刺刺破牙龈史，因而初诊医师误诊为牙龈刺伤后炎症造成，故按一般牙龈炎处理。基层医师缺乏口腔粘膜黑色素瘤的知识与临床经验，检查又不仔细，未能及时活检。

2. 本病案特点　渔民职业，口腔粘膜多年来遭受鱼刺刺伤，粘膜黑斑长期受刺激恶变。当恶性变后局部不适，患者加重加频刺激局部致使生长加快，频繁出血。

3. 教训　牙龈肿瘤造成的出血多与刺激有关，当刺激性出血反复出现时应考虑有肿瘤可能，应进一步认真检查，必要时活检。

口腔恶性黑色素瘤来自粘膜黑斑，多发生于牙龈、腭及颊部。约有30%粘膜黑斑发生恶变。损伤、慢性刺激为恶变的主要原因。患者为渔民，长年食鱼，鱼刺刺伤粘膜已不引起患者注意，致使早期不能去医院检查确诊。

4. 小结　牙龈恶性黑色素瘤主要表现为局部痒、不适及出血，临床医师可发现黑斑扩大，呈深黑色或蓝黑色，高出粘膜面，也可不高出粘膜面。本病治疗为早期手术扩大切除，有条件者应行颈淋巴结根治术并配合化疗。

应当提及的出血性牙龈肿块为牙龈瘤与血管瘤。血管瘤多在其他部位（颌骨、颊、口底、腭部）同时存在。而牙龈瘤目前多数人认为是机械刺激及慢性炎症的增生物，并与内分泌有关。常见于女性，尤其妊娠期，以牙龈乳头部双尖牙区最常见，每于刷牙及局部刺激后出血。出血量多少与其类型及刺激大小有关，以肉芽肿型与血管型出血较多而常见。一般情况下口腔科医师能正确诊断和处理牙龈瘤，但个别不典型病人，牙龈瘤过小或检查马虎亦可误诊漏诊。因此对牙龈反复出血的女性患者，尤其在妊娠期更应认真仔细检查，以排除牙龈瘤。

（李宁毅）

肝硬化牙龈出血误诊为牙龈炎

【病史】 48岁。近半月于清晨醒后，发现口腔有少许血迹，未介意。近10天吸吮或进食时出血加重。在某职工医院诊为牙龈炎。用朵贝尔液漱口、局部涂抹碘甘油1周无显效，又去复诊，增加止血敏3g/d静脉输注5天，亦不见效，并感乏力，食欲不振，上腹饱胀不适，来我院诊治。15年前曾患黄疸型肝炎，治疗后肝功恢复正常。

【查体】 中年男性，面色黝暗无华，颈及胸前皮肤散有蜘蛛痣。口有腥臭味，右上颌龈缘充血、糜烂有血迹。心肺无异常，肝大肋缘下2cm、韧、表面欠光滑。脾大肋缘下4.5cm。腹水征(+)。

【辅助检查】 白细胞4.8×10^9/L、血红蛋白100g/L、血小板87×10^9/L。肝功能检查ALT 121U/L(正常值10～60U/L)、AST 138U/L(正常值10～40U/L)，乙肝血清学检查HBsAg阳性、HBsAb阴性、HBcAg阴性、HBcAb阳性、HBeAg阳性。血清白蛋白23g/L(正常值35～55g/L)、球蛋白50g/L(正常值25～40g/L)，腹部B超显示门静脉、脾静脉直径增宽，腹水(+)，凝血酶原时间(PT)16.2秒(正常人12.1秒)，部分凝血活酶时间(APTT)40秒(正常人32.1秒)，凝血酶时间(TT)20秒(正常人18.5秒)。

【初步诊断】 肝炎后肝硬化失代偿期。

【治疗】 口腔予以清洁护理、口泰液漱口，局部用凝血酶纱布条贴敷。转内科病房加强支持治疗，鼓励患者进食高热量、高蛋白、高维生素易于消化的食物，限制钠盐摄入，静脉输注高渗葡萄糖、胰岛素、维生素C、氯化钾以补充热量，多次输注新鲜冷冻血浆和白蛋白，1周后口腔龈缘出血停止。病情好转，除ALT、AST尚未恢复正常外，APTT、PT、TT均恢复正常，转回职工医院继续治疗。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　患者以口腔出血就诊，接诊医师检查发现右上颌牙龈缘充血、糜烂、出血，其诊断思路很快集中到常见本专业的疾病。

2. 本病案特点

(1)中年男性，以牙龈出血为首发症状。查体有肝病面容，皮肤有蜘蛛痣、肝、脾肿大，腹水征(+)，具有肝功能减退的临床表现。实验室检查有贫血(Hb100g/L)，血小板低(87×10^9/L)，ALT、AST升高(121U/L，138U/L)，血清白蛋白降低(23g/L)，球蛋白升高(50g/L)。腹部B超示门静脉、脾静脉直径增宽，腹水(+)提示门脉高压，符合肝硬化的诊断，HBsAg、HBcAb、HBeAg阳性支持系乙型肝炎后肝硬化。

(2)患者牙龈出血用治疗牙龈炎的方法及静脉输注止血药物均不能止血，局部用凝血酶纱布条贴敷，多次输注新鲜冷冻血浆后止血，并使延长的APTT、PT、TT恢复正常，显示牙龈出血是由于凝血因子减少所致的凝血障碍所致。

3. 教训　患者首诊时按牙龈炎治疗无效，复诊又增加止血敏输注5天，出血未减轻反而加重。首诊医师在接诊过程中，没有仔细询问病史，未获得患肝病的既往史，也没有进行认真的系统查体。若是稍加仔细观察就可以发现病人面色黝暗无华、

颈及胸前皮肤有蜘蛛痣，这些表现为诊断肝脏疾病提供重要线索，结合查体发现肝、脾肿大、腹水征(+)，支持肝脏疾病诊断，再通过检测肝脏功能等有关检查肝硬化诊断将很快确立。国内肝硬化的发生常与病毒性肝炎有关，故做乙型肝炎病毒(HBV)有关抗原和抗体的检测是必要的，其有助于肝硬化病因的诊断。

不能只满足本专业疾病的诊断，尤其当治疗效果不明显或病情日趋加重时，应重新考虑诊断是否正确。此时必须再仔细询问病史，全面查体，通过临床思维做出初步诊断，再做一些针对性化验检查，最后将病史、体征、实验室检查全面综合分析，得出诊断。切不可只抓一点，不及其余。

4．小结　肝硬化病人有出血倾向，可表现有牙龈、口腔粘膜出血、皮肤紫癜、消化道出血等。大部分凝血因子在肝脏合成，当肝硬化或严重肝病时，肝脏合成凝血因子的能力降低，特别是凝血因子Ⅰ、Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ在血浆的水平降低易导致出血。肝脏在凝血因子的合成及代谢中起重要作用。肝病时由于肝炎病毒对骨髓造血的抑制及门脉高压导致的脾功能亢进，均可引起血小板生成减少、破坏增多，这也是肝硬化容易发生出血的原因之一。

肝脏是合成血浆蛋白质的重要器官，肝硬化时白蛋白合成减少，若有蛋白质摄入不足或消耗增加，更可导致低蛋白血症，使血浆胶体渗透压降低出现腹水。

肝硬化合并出血的治疗，应在治疗肝病的基础上，输注新鲜血浆、新鲜冷冻血浆或全血以补充凝血因子，达止血目的。对血小板明显降低者，可输注血小板悬液。

（刘金兰）

磺胺药过敏性紫癜误诊为口底腐败坏死性感染

【病史】 男，16岁。半月前连续参加篮球赛，极度疲劳、乏力。十天前因下颌门齿残根疼痛去县医院拔除。当时牙挺滑脱刺伤口底粘膜未做处理，仅口服长效磺胺每天1g，服药至第三天口底、下唇肿胀呈暗红色，双手腕及双足内踝皮肤散有红色瘀斑，伴轻痒，又去复诊，诊断口底间隙感染，行颏下口底穿刺未见脓液，又行局麻下口底粘膜切口，用血管钳钝性分离，未见脓液，置橡皮引流条并嘱用生理盐水漱口，次日面部明显肿胀，双眼睑水肿不能睁开眼裂，口流涎液与血水，再次复诊：T36.8℃、P80次/分、白细胞5×10^9/L、血小板210×10^9/L、血红蛋白120g/L，诊断为口底腐败坏死性间隙感染，施颈前上方⊥形切开减压引流术，当从第一切口向深部分离时，有少量血水溢出，无坏死组织，无臭气味，留置引流条1根，未再做第二条切口，术后第二天由手术医师携病历陪护转来我院。

【查体】 少年男性、神志清、T37.8℃、P70次/分、BP13/8kPa，心肺无异常，肝脾无肿大，双腕关节至手背皮肤及双足内踝部位皮肤散在紫红色大小不等瘀斑，压之不褪色，小的如小米粒大小，大者融合成片。面部肿胀呈紫红色，以眼睑为著，不能睁开眼裂，上下唇肿胀外翻呈半开口状态，口流血性涎液，舌尖紫红露于口外，颏部及上颈部明显肿胀与头面部等粗，皮色紫红，压之稍硬，轻触痛，无凹陷水肿及波动感，颈前上方有长约8cm横行切口，内置橡皮引流条一根，溢血水。口内$\overline{1|1}$牙齿缺失，口腔粘

膜暗红散有瘀斑，口底粘膜明显肿胀，右侧舌下肉阜后方粘膜有长约0.7cm切口，见白色假膜覆盖，未见引流条。左侧舌下肉阜处粘膜出血，周围成青紫色，舌肿大抬起，舌腹暗红、舌背暗紫色。

【辅助检查】 白细胞9×10^9/L，N70%、L0.12、E0.18，血小板250×10^9/L、出血时间2分钟（DRKE法）、凝血时间6分钟（试管法）。

【初步诊断】 过敏性紫癜（磺胺药所致）。

【治疗】 停用长效磺胺，静脉滴注地塞米松10mg/d、维生素C 4g/d；口服扑尔敏4mg、每天3次，至第三天肿胀开始消退，皮色变淡，眼裂睁开，舌回缩口内，能闭嘴。第八天面颈部形态恢复正常，皮肤瘀斑呈褐色。第十天停地塞米松改口服强的松30mg/d、扑尔敏8mg/d，强的松逐渐减量至第二周病人完全恢复正常出院时停服。

【分析】

1. 原误诊医师思路

(1)患者连续参加篮球赛致体力消耗，抵抗力降低，使$\overline{1|1}$残根感染性炎症发作，拔除后口服消炎药，是常用的根治性治疗方法。

(2)口服磺胺药无效，并发生口底、下唇肿胀，常理解为拔牙时口底粘膜创伤发生感染，局部间隙疏松，引流不畅致炎症扩散，首先应寻找感染的脓腔灶，因此，才由颏下向口底穿刺，无脓液时又改为口底粘膜切开分离探查，通常也是这样处理。

(3)患者第3次就诊时颜面及口唇肿胀明显，双腕及双足内踝处皮肤散有紫红色斑丘疹。对称性分布，但无发热，白细胞计数不高，医生把这种临床表现理解为细菌毒力强、来势猛，机体抵抗力下降，反应能力低下的表现，所以把皮肤呈紫红色肿胀的表现误解成由需氧菌、厌氧菌混合感染引起的腐败坏死性蜂窝组织炎的体征，遂行紧急颈前上方切开减压术，无恶臭气味，未见坏死组织，仅有少量血水样液体流出，无奈才护送转院。

2. 本病案特点

(1)患者因抵抗力降低造成牙源性感染灶急性发作予以拔牙治疗。

(2)拔牙后服磺胺药消炎治疗，术后软组织出现肿胀，呈暗红色，由颏下向口底穿刺和由口底向下分离均未见脓液。

(3)体温不高，白细胞计数不高，嗜酸性粒细胞增高值0.18。

(4)停用磺胺药。静脉滴注地塞米松，口服扑尔敏至第3天，颜面及颈部肿胀明显消退，能睁开眼裂，可闭嘴，未出现新皮疹，第8天面、颈部形态恢复正常。

3. 教训 因口底损伤发生感染，损伤周围粘膜出现瘀斑临床常可遇到，这正是掩盖本病案的表面现象，易蒙蔽医生不再仔细检查。

(1)药物致过敏性紫癜与口底发生腐败坏死性感染在该病人身上共有的相似点是局部皮肤粘膜肿胀呈暗红色，伴有出血性瘀斑。

(2)口底腐败坏死性感染的特点

1)多因严重体力消耗后导致牙源性感染扩散，使病情加重。

2)致病菌多以厌氧性、腐败坏死性细菌为主的混合感染，如产气荚膜杆菌、厌氧

链球菌、败血梭状芽胞杆菌等混合性细菌感染。

3)是口底间隙最严重的感染。病变主要发生在肌肉深层,表现广泛组织坏死、溶解、出现血水样液体或脓液,肌肉呈棕黑色,间隙蜂窝组织呈灰褐色、似烂鱼肠样、有恶臭气味。

4)临床出现高热、寒战等中毒症状十分明显,体温升高可达40℃以上,白细胞增加到1至数万以上,局部疼痛,体征为舌下、颌下、弥散性肿胀、周围软组织广泛副性水肿,其皮肤色泽可为紫红或深暗红色,板硬压痛或凹陷性水肿,甚至有捻发音。口底肿胀,粘膜紫红,散有出血性瘀斑,甚至出血。舌体抬高,呈开口状态,舌尖伸于上、下牙之间,甚者有呼吸困难。严重衰竭者可体温不升,白细胞不高,但胞浆内可出现中毒颗粒。

5)应用广谱抗生素、加强支持治疗、局部各组织间隙予手术开放减压引流通畅并提供氧气使局部处于氧气充分的环境中(可用过氧化氢或高锰酸钾液冲洗及高压氧治疗),疗效显著。

(3)误诊原因分析

1)用常规有效的治疗方法对已确定诊断的疾病治疗无效时,医生必须想到两点:①原诊断正确,但本例有特殊性,需进一步认真检查。②原诊断有误,更需通过临床表现,启迪和发现新思路,甚至请有关科室会诊。这两条原接诊医生均未做到,其只注意到患者系疲劳后发病;口腔有感染的拔牙创和受损伤的粘膜;局部有明显肿胀和皮色的改变。仅以此诊断口底感染,是缺乏客观证据、主观盲目推理的诊断。经验十分宝贵,应用经验进行推理,必须要有客观佐证,经验不全是科学。

2)原误诊医生对药物引起的过敏性紫癜的基本知识没有掌握,对其临床表现更缺乏认识。病人第一次复诊诉说双手足有痒感,并出现紫红色小斑点,医师未问病史,也未检查手足的体征,毫不留意,很遗憾没有抓住早期具有诊断价值的症状和体征。如果有这方面知识再结合颜面部及口腔的改变,可以尽早确诊。

3)医生诊断不按程序。当怀疑是口底间隙感染时,未仔细观察病人有无发热及感染引起的中毒症状等临床表现。对局部病变也未认真检查有无压痛、波动、凹陷性水肿及硬度感等体征,未及时测体温和做血常规等化验检查,极易造成误诊或漏诊。

4. 小结

(1)因拔牙损伤口腔软组织,引起局部发炎,甚至形成严重间隙感染,临床时有发生。但对诊断为急性间隙感染的病例,若无发热、白细胞计数不高、局部切开又无脓液,应考虑诊断有误。

(2)临床医生对疾病进行诊治思维的过程是一个不断前进的过程,通过收集、观察、想象、假设、验证,这一顺序才会使医生思维周密、全面而有条理。本病人第3次去医院时,诊断为口底腐败坏死性间隙感染,应收集到与感染有关的症状、体征、化验结果。若收集到的资料不支持诊断,应重新考虑或请有关科室会诊。

(3)要善于追询、观察非专业疾病所表现的症状和体征。该病例在服磺胺药3天后出现的双腕、双踝关节皮肤呈对称分布的紫红色瘀斑,并有痒感,其磺胺药服用史

和皮疹的出现为诊断过敏性紫癜提供重要的依据。

(4)口腔科有很多不是孤立的疾病,而是全身疾病在口腔的局部表现,因此对口腔科医生应提倡学习内科有关理论知识,了解疾病在口腔的表现,提高临床思维和诊治水平。

(5)药物致过敏性紫癜的特点

1)是机体对某种药物过敏发生变态反应,引起毛细血管通透性、脆性增加。临床表现除紫癜外,可有皮疹、血管神经性浮肿、关节炎、腹痛及肾炎症状。

2)有近期用药史。青霉素、链霉素、磺胺药、异菸肼、水杨酸钠、奎宁等药物均系半抗原与机体蛋白质结合为全抗原,产生抗体,发生自身免疫反应,免疫复合物损伤小血管,产生广泛毛细血管炎,使血管壁通透性、脆性增高,导致皮下组织、粘膜、内脏器官出血和水肿。

3)皮肤紫癜常是首发症状。以下肢臂部多见,常呈对称性分布,分批出现、紫红色高起皮面,互相融合伴荨麻疹或局限性、弥漫性水肿,可伴痒感,严重紫癜可融合成大疱,发生中心出血性坏死。

4)血小板计数,出、凝血时间均正常。白细胞可轻度增高、肾损害时尿常规可见红细胞、蛋白及管型等,约半数病人毛细血管脆性试验阳性及血清 IgG 增高。

5)停用引起过敏反应的药物,用抗组织胺类药物或加用肾上腺皮质激素,可使病情缓解,对有肾脏损害的病例可试用环磷酰胺等免疫抑制剂。

(刘金兰　金志勤)

药物免疫性血小板减少性紫癜口腔粘膜出血误诊为血疱性口炎

【病史】 男性,72 岁。口腔粘膜下出血肿胀 2 天入院。患者 3 天前因感冒、咳嗽服用银翘解毒冲剂及复方新诺明,次日晨起发现舌活动不灵,家人发现其舌及口底呈紫红色而去当地医院检查,医师认为是咳嗽引起的口腔血疱,诊为"血疱性口炎",嘱继续服用原药物另加止咳剂,至就诊当日口底、舌肿胀加重影响呼吸及进食,同时发现上颈部皮肤亦出现紫斑乃转来我院。

【查体】 老年男性,肥胖体型,强迫端坐位,口腔内舌肿胀抬高呈紫红色,口底粘膜肿胀出血亦呈紫红色,颈前部及胸前皮肤散有瘀斑,心、肺无异常,肝、脾未扪及。

【辅助检查】 血红蛋白 130g/L、白细胞 8.0×10^9/L、血小板 45×10^9/L,出血时间 7 分,凝血时间 10 分,肝、肾功能无异常。骨髓巨核细胞 42 只、幼稚型巨核 16 只、颗粒型巨核 20 只、成熟型巨核 4 只、裸核 2 只。

【初步诊断】 药物免疫性血小板减少性紫癜。

【治疗】 入院后立即停服复方新诺明,给予氟美松 10mg、维生素 C 2g 加入葡萄糖液中静脉输注,每日一次,口腔粘膜出血停止,肿胀逐渐消退,一周后血小板升至 100×10^9/L,皮肤瘀斑明显消退出院。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　初诊医师询问病史不仔细,思路不宽,缺乏临床经验,

亦未做有关化验检查。

2．本病案特点　本病例有服磺胺药史，在服药1天后出现口腔粘膜出血，继而发生皮肤紫癜、瘀斑。

血小板计数明显减少。骨髓巨核细胞数量正常，但有成熟障碍。可以除外磺胺药引起的过敏性紫癜。

3．教训　在服碘胺药过程中，出现口腔粘膜出血、皮肤紫癜、瘢斑，应想到药物所引起的血小板减少性紫癜的可能，应及时做血常规等有关化验检查。

4．小结　药物免疫性血小板减少性紫癜临床比较常见，多由于服用某些能抑制血小板生成或过多破坏血小板的药物所致。最常见的药物有磺胺类、苯妥英钠、消炎痛、镇静剂（安定、氯丙嗪等）、抗甲状腺药物（他巴唑、丙基硫氧嘧啶、甲亢平等）、抗糖尿病药（甲磺丁脲、氯磺丙脲等）、抗肿瘤药物（氮芥、环磷酰胺、阿霉素等）。药物为半抗原与血小板结合成为全抗原，导致抗血小板抗体发生，抗体与药物抗原结合形成免疫性抗原抗体复合物，吸附在血小板膜上破坏血小板，使血小板数量减少。多在服药24小时内发病，主要表现为血小板减少引起的皮肤与粘膜下瘀斑、出血。口腔粘膜出血尤为常见，偶见粘膜下大面积出血，舌与口底出血肿胀可造成吞咽及呼吸困难。

对本病的处理，关键在于诊断。如能及早诊断，停用药物及时应用糖皮质激素治疗可迅速止血及好转。

本病应与口腔血疱相鉴别，口腔粘膜血疱是由于咀嚼硬物或口内压力突然增加致使受伤处口腔粘膜下毛细血管破裂出血，在粘膜下迅速形成血疱。血疱为紫红色，多发生于颊粘膜粭线处，口角区及腭部，直径一般0.5cm～1cm，血疱如破裂则形成溃疡面。小血疱一般可自行吸收，大血疱最好将血液抽出，如血疱破裂形成溃疡局部应予消炎止痛治疗。

（李宁毅　刘金兰）

第六章 牙齿松动

把牙齿的牢固性仅理解是牙周膜将牙齿与牙槽骨连结的结果是不确切、不完善的。如同手指是灵活上肢的一部分一样，牙齿是结实的颌骨的一部分，只是各部位结构有差异、或显著差异而已。如何正确理解牙齿是怎么样稳固地生长在颌骨的牙槽突上，对在临床工作中能正确理解什么原因造成的牙齿松动十分重要。固有牙槽骨、牙周膜、牙骨质三者都有修复重建的功能；临床上各种原因使牙齿的牢固性遭到破坏，没有一种只对固有牙槽骨、或牙周膜或牙骨质，都是多方面共同受损害，这种原因也使牙骨质、牙周膜、固有牙槽骨修复重建的功能、及其随不同生理及局部情况而改变的功能也遭到破坏，才造成牙齿松动。

牙齿松动因牙体本身的原因(如根吸收、牙根劈裂等)很少，多是牙体以外的原因，牙齿只是因其功能和位置的原因，使自身牢固的基础组织受到损害而显示松动。临床口腔科医生对此必须应有足够的认识，临床教训告诉我们把注意力放在牙齿松动原因的求知上，远比只会局部对症处理或拔除松动牙为更好。因牙结石、食物嵌塞、咬合创伤等引起的牙齿松动不容易误诊或造成严重后果，但是由慢性系统性疾病(如肾病综合征等)引起的牙齿松动，早期容易一叶障目而漏诊或误诊。如果患者长期进行性牙齿松动移位、倾倒、牙间隙增宽、龈失去点彩，充血不明显，牙周分泌物稀薄，却无脓血，同时全身疲倦，少气无力，大便稀泻，这多见于肾病综合征及慢性肠炎病人。如果患者短时间内牙齿呈多发性脓肿、疼痛，很容易出血，分泌物多，口臭、牙齿松动、牙根暴露，同时口渴、咽干、多饮、大便秘结，多因患高热性疾病或糖尿病突然加重所致。如果牙齿咀嚼无力、有浮动感、但无疼痛，逐渐发展到牙龈肿痛溢脓。牙齿松动再加患者伴有口臭、口干、便秘、头晕、发热、盗汗、面红、腰痛应考虑患有高血压病、结核病、月经不调。当考虑牙齿松动是由慢性全身性疾病所致时，应多方面详细检查，例如，糖尿病性的牙齿松动，典型者，舌体肿大发红、舌缘见齿痕，舌背有黄瘤小结、龈缘有息肉样肉芽，同时口腔气味为腐败的烂苹果味更为大家熟知；如果判定牙齿松动由月经不调造成，此时应该明白，雌激素不仅对阴道粘膜有特定的作用，对口腔粘膜、特别对牙周组织的作用也十分明显。因此，在青春期、妊娠期、月经期的牙齿松动患者，都应想到雌激素所处的内分泌功能状态，必要时需与妇产科共同会诊。

如果是身体患全身性恶性疾病的内在原因使牙齿松动，首位是血液病，特别是白血病，这种病人是较大范围内的牙齿松动，或全口牙齿，同时自发性出血，或激发性出血而连续不停，有时静止下也出血不断，早期多呈血水样，量少却不间断。龈失去点彩之美，变苍白或暗红、瘀血，甚至龈坏死附覆坏死性假膜，有血腥的口臭。如果同时伴有发热、肝脾及淋巴结肿大、关节痛等，应迅速作骨髓穿刺。可能造成失误的局部

原因的牙齿松动，多是在松动牙相对应部位的颌骨本身患有原发性或继发性或转移来的良恶性肿瘤，或肿瘤样病变，这种松动牙齿，多伴有麻木、疼痛等异常感觉。但这种疼痛的"滋味"不同于常见的牙髓炎或齿槽脓肿的疼痛。后者还有许多诱发条件（如冷热等）以及相应出现的体征（如叩痛等）后者往往松动牙齿相对应的前庭沟及牙槽突有不同程度的饱满和肿大。例如原发性中枢性颌骨癌早期的就诊往往被误诊或漏诊。回顾性病史，在牙齿松动以前的相当长时间内牙齿隐痛，又相继牙齿麻木、松动。

以局部原因的形式出现的容易造成误诊的牙齿松动，还有以溃疡坏死形式出现的早期牙龈癌，其牙周膜及牙槽骨较早遭到破坏，导致牙齿松动，容易误诊为牙周病；有的是松动牙齿侧缘的龈呈簇状小乳头高起，或仅为表面粗糙，这很容易同时又被误诊为局部炎症所致牙龈瘤；结外型的淋巴瘤单发在牙龈的早期呈炎症状，牙齿松动、局部出血，多被误诊为局部因素的牙周病。

瞬间能突然大出血致窒或死亡的牙齿松动多是颌骨中枢性血管瘤所致，特别是蔓状畸形或以此为主的混合型者，应高度警惕。

总之，牙齿可允许的生理摆动幅度是牙周膜的平均厚度，是一侧牙颈部和对侧根端部为主的牙周膜被压缩厚度之和，是牙周膜和牙槽骨共同的生理可让性。随社会发展、生活的提高临床资料表明，造成牙齿松动，仅以局部炎症原因的越来相对越少，全身性原因越来越多。因此，临床对牙齿松动患者，首要查明原因，然后有的放矢的处理，切忌见松动牙就拔，而不顾及发生的原因。

本章主要指由良性、恶性肿瘤、及非肿瘤性疾病造成牙齿松动的误诊，所以没能确诊，在于混淆于常见良性疾病之中，如牙周病、颌骨囊肿、骨髓炎等，应引起警惕。

（金志勤）

第一节　非恶性肿瘤所致牙齿松动的误诊

骨髓炎致牙齿松动误诊为齿槽脓肿

【病史】 男，26岁。因左侧下颌后磨牙疼痛1周，下颌肿痛伴发热5天入院。1周前，患者感左下后牙痛，为持续性钝疼，疼痛逐渐加重，有跳痛，5天前左下颌突然肿胀，疼痛更加剧烈，并向同侧耳颞部放射。在单位保健站静脉滴注青霉素治疗，每天800万单位，连续静滴5天，局部疼痛及肿胀更加明显，并有吞咽痛及开口轻度受限，不敢咀嚼，牙齿松动伴有发热，体温达38.5℃，食欲减退，急症收入院治疗。既往史病人有反复左侧下颌后磨牙疼痛，牙龈肿胀史1年，每次发作时口服消炎药或静滴青霉素后好转。

【查体】 青年男性，急性痛苦病容，体温38.6℃，左颌面部肿胀，以颌下尤为明显，下颌骨下缘轮廓消失，皮肤紧张，压痛，皮温增高，皮色发红，有波动感。开口受

限，开口度3cm，口内见┌6残冠，松动Ⅲ°，叩痛明显，┌457亦有叩痛松动Ⅰ°～Ⅱ°，颊侧牙龈及前庭沟粘膜充血水肿，龈袋内有溢脓。口底粘膜充血水肿，舌运动轻度受限。

【辅助检查】 血红蛋白12.0g/L，白细胞15.0×10^9/L，中性粒细胞90%，血小板180×10^9/L。

【初步诊断】 ┌6牙槽脓肿并左颌下间隙感染。

【治疗】 患者入院后，急症在局麻加强化下行左颌下脓肿切开引流术，术中见有乳白色脓液流出，冲洗后给以放置橡皮管引流。同时全身给以足量有效抗生素治疗并加强全身支持疗法及对症处理。

1周后患者局部疼痛及肿胀明显减轻，体温恢复正常，饮食、睡眠亦正常，但2周后颌下引流口仍可引流出大量脓性分泌物，复查发现患者有左侧下唇麻木，拍颌骨曲面断层片示下颌骨左侧有骨质破坏，骨小梁排列紊乱并可见有死骨形成，同时有骨质增生表现，骨膜反应性增生。用探针自颌下引流口进入可探及下颌骨骨面粗糙及活动死骨。口内见┌4-7牙齿松动。考虑为中央性颌骨骨髓炎并已转为慢性期。于是择期在局麻加强化下行死骨摘除及病灶清除术，同时拔除┌4-7松动牙齿。患者2周后痊愈出院。

【分析】

1．误诊误治的思路原因

(1)牙齿残冠：有反复肿疼史，本次发作为初起持续性钝疼，逐渐加重，呈跳痛，且有牙齿松动，叩痛明显，前庭沟变浅，粘膜红肿，考虑为牙槽脓肿是正确的。

(2)继而出现颌下区肿胀，剧烈的跳痛，并向同侧耳颞部放射，同时伴有全身体温升高，食欲减退。扪诊颌下区有压痛，皮温升高，皮色发红，有波动感。化验检查血象增高，中性粒细胞增高明显。诊为急性颌下间隙感染并脓肿形成，急症行颌下切开引流也是常规做法。

(3)然而经足量、有效的抗生素治疗及全身支持疗法，并进行局部反复冲洗引流2周后，仍有大量脓液渗出，是原误诊者始料不及的。经进一步检查发现同时有颌骨骨髓炎发生。

2．本病案特点　急性化脓性根尖脓肿引起中央性颌骨骨髓炎同时伴有颌下间隙感染。

3．教训

(1)本病例中所患疾病(中央性颌骨骨髓炎)与被误诊为的疾病(颌下间隙感染)在该患者身上共有的特点：下颌后牙残冠，尖周炎反复发作，本次发作疼痛剧烈，牙齿松动，局部肿胀，全身中毒症状，血象升高。

(2)颌下间隙感染的特点：

1)牙齿松动、叩痛只限于病灶牙。

2)无下唇麻木。

3)全身症状一般较轻。

4)脓肿切开引流后一般2周内痊愈。

(3)中央性颌骨骨髓炎的特点：

1)牙齿松动、叩痛波及包括病灶牙在内的多数牙齿。

2)有下唇麻木。

3)全身症状一般较重，甚至出现中毒症状。

4)急性期处理不及时转为慢性期后可有长期溢脓。

(4)误诊原因分析：问病史不仔细，在最初询问病史时，没有问及病人是否有下唇麻木，漏掉了这一最具鉴别意义的症状表现。同时也没有对患者出现多数牙松动叩痛这一体征给以足够的重视。或者起初根本就没有考虑到中央性颌骨骨髓炎发生的可能性。

4. 小结　下颌骨急性中央性颌骨骨髓炎的主要诊断依据是全身及局部症状明显，与间隙感染急性期表现相似。患侧下唇麻木，病源牙以及相邻的多数牙出现叩痛、松动，甚至牙槽溢脓是对其进行诊断的有力证据。

一旦确定为下颌骨急性中央性颌骨骨髓炎，并且骨腔内有化脓性病灶时，即应及早拔除病灶牙及相邻的松动牙，使脓液从牙窝内排出。这样既可防止脓液向骨腔内扩散、加重病情，又能减轻剧烈的疼痛。否则，进入慢性期后造成大块死骨的形成，增加了治疗的难度，且影响治疗效果。

（赵宝东　邓　婧）

颌骨造釉细胞瘤致牙齿松动误诊为含牙囊肿

【病史】　男，32岁。因下颌骨膨隆，牙齿松动1年，术后复发1个月入院。1年前无明显原因发现左下后牙松动，不疼。继而发现下颌骨左侧膨隆，到当地医院就诊，查$\overline{|8}$缺失，$\overline{|7}$松动Ⅱ°，无龋坏，无叩痛，下颌骨左侧呈骨性膨隆，$\overline{|4\text{-}7}$前庭沟饱满，压有乒乓球样感，无下唇麻木，穿刺可抽出黄色液体，未见胆固醇结晶及皮脂样物。颌骨曲面体层片示：左下颌角部及下颌体部有囊状阴影，后至下颌角处，前至$\overline{|4}$远中，边缘呈分叶状，有切迹，未见明显分房及大的房间隔或蜂窝状房隔。囊状阴影后上方见一密度增高牙形影像。$\overline{|67}$根尖有轻度吸收，无明显移位。诊断为"含牙囊肿"，而行囊肿摘除术，术中见囊液呈黄褐色，无皮脂样角化物，囊壁厚而脆，内有一牙齿。仔细刮除囊肿，拔除$\overline{|7}$松动牙后，用石碳酸烧灼骨腔壁，缝合伤口，病人1周后拆线出院。术后病理诊断为：造釉细胞瘤。1月前，病人发现下颌左侧又复肿大，来我院要求治疗。

【查体】　青年男性，左下颌膨隆，触之囊样感，$\overline{|7}$缺失，$\overline{|56}$松动Ⅱ°，无叩痛，$\overline{|4\text{-}7}$前庭沟饱满，无压痛，有波动感，粘膜见有一手术疤痕，下唇无麻木。

【辅助检查】　穿刺可抽出黄褐色液体，无胆固醇结晶及皮脂样物。曲面断层片示：左侧下颌角及体部阴影，后到下颌角，前至$\overline{|3}$远中，边缘呈分叶状，有切迹，$\overline{|56}$根尖有吸收，无明显移位。

病理检查：复习病人上次手术标本病理切片，为造釉细胞瘤。

【初步诊断】　下颌骨造釉细胞瘤(单房型)术后复发。

【治疗】 手术切除半侧下颌骨及肿瘤，并行肋骨移植术。

【术后病理诊断】 造釉细胞瘤。

【分析】

1．误诊误治的思路原因

(1)下颌骨膨胀性、无痛性肿物，扪诊有乒乓球样感，┼7松动，穿刺有黄色液体，X线示下颌骨囊性单房阴影，边缘整齐，阴影内有高密度牙齿影像，通常含牙囊肿应该是首要诊断。

(2)在手术过程中，发现有黄褐色液体流出，拔除┼7松动牙，完整剥除囊性肿物后用石炭酸烧灼骨腔壁，防止囊肿复发，是囊肿摘除术的常规做法。

(3)然而术后病理报告为造釉细胞瘤，出乎原误诊医生意料之外，术后几个月肿瘤即复发。

2．本病案特点 下颌骨囊性肿物，有乒乓球样感，有牙缺失，有牙齿松动，穿刺有黄色液体，X线片示为囊性阴影，边缘呈分叶状，有切迹，未见明显分房或蜂窝状房间隔，囊样物内含有牙齿。在手术摘除过程中，见有黄褐色液体流出，囊壁增厚而且质脆，术中未作冰冻病理切片检查，术后病理报告为造釉细胞瘤，虽然术中仔细将肿物剥除，并用石炭酸烧灼骨腔壁，但术后不久仍复发。

3．教训 疾病的误诊误治均因有其共性，必然也在同时忽略了各有其特殊性。共性是表在，特殊性是内在，隐居在共性之中。因此使人一叶障目，引入误诊。

(1)本病例中所患疾病(造釉细胞瘤＜单房型＞)与被误诊为的疾病(含牙囊肿)在该患者身上共有的特点：下颌骨膨胀性、无痛性肿物，压有乒乓球样感，有牙缺失及松动，穿刺可抽出液体，X线片示单房性阴影，内含有牙齿。

(2)通常含牙囊肿的特点：

1)慢性无痛性颌骨膨大，早期膨大在前庭沟无自觉症状。

2)大者可致面部畸形。

3)扪诊有时可有乒乓球样感。

4)好发于下颌第三磨牙区，在相应部位可有牙缺失，多数在继发感染后方被发现。

5)穿刺有浅黄色液体，可含有胆固醇结晶。

6)X线摄片可见圆形或卵圆形透明区，内含有牙齿，有时有分房。

7)手术原则为完整摘除囊肿和去除埋藏的牙齿，术后不易复发。

(3)造釉细胞瘤之特点：

1)无痛性进行性颌骨膨大，可早期波及到牙槽突，面部畸形，一般无特殊自觉症状。

2)早期可完全与颌骨囊肿临床症状相似。

3)咬殆错乱，牙移位松动，巨大肿瘤可同时伴有病理性骨折。

4)穿刺无液体或有黄褐色液体。

5)X线片示颌骨膨胀，多房不规则，有切迹状边缘。也可为单房，含牙或不含牙。

病灶波及的牙齿多数根端呈锯齿状。

6)有迅速长大,发生疼痛、溃疡等症状时均应疑为恶变。

7)手术原则为在肿瘤以外行颌骨部分切除术。

(4)误诊原因分析:

1)造釉细胞瘤及颌骨囊肿均为颌骨常见肿瘤或瘤样病变,早期两者临床表现非常相似,故对两者的鉴别也是临床医生常常遇到的,有时也是很棘手的问题。

2)本例病人为单房型造釉细胞瘤,且其内包含有牙齿,┼8缺失,更增加了与含牙囊肿鉴别的难度。

3)然而在本病例中有┼7松动,X线示┼67根尖有吸收,边缘呈分叶状,有切迹,这在含牙囊肿中是很少见的,穿刺液为黄褐色,这与含牙囊肿穿刺液为淡黄色且常有胆固醇结晶是完全不同的。这些都没有引起原误诊医师的高度重视。

4)在手术过程中,原误诊医生观察到有黄褐色液体流出,囊壁厚,质脆,而含牙囊肿囊壁一般较薄,且均匀一致,有韧性。原误诊医生此时应该考虑到造釉细胞瘤的可能性,马上送快速冰冻切片,即可确诊。

4. 小结　颌骨囊肿与造釉细胞瘤有时在临床上是非常难鉴别的。然而两者的手术治疗原则又不一样,必须在手术完成以前对两者做出准确的鉴别。这就需要临床医生对两者的临床症状、体征、X线表现、穿刺液性质等多方面进行详细的比较鉴别,特别是容易混淆的特征,必要时行活组织检查或术中快速冰冻检查以确定诊断。这样,才能最大限度地避免对两者的误诊误治。

(赵宝东)

颌骨囊肿感染致牙齿松动误诊为急性根尖周炎

【病史】 男,32岁。因拔牙后牙槽窝不愈合2个月入院。2个月前,患者因左下磨牙区肿疼不能咀嚼,到当地乡卫生院就诊,查┼6残冠,叩(++),松动Ⅱ°,牙龈轻度红肿,有压疼,前庭沟稍膨隆。诊断为┼6残冠,急性根尖周炎。将┼6拔除,口服抗生素,1周后肿疼症状消失,但牙槽窝内有粘性液体流出,1月后牙槽窝仍未愈合,来我院就诊。既往体健。

【查体】 颌面部双侧对称,颞颌关节活动好,开口度3cm,开口型↓。口内┼68缺失,┼6牙槽窝处有一约0.5cm×0.5cm大小瘘口,棉捻擦拭可见有粘液,左下后磨牙区颊侧前庭沟稍膨隆,压之似有乒乓球样感,在此部位穿刺,抽出黄色奶样液。┼7松动Ⅱ°,无龋,叩(－),牙髓活力测试(+)。

【辅助检查】 颌骨曲面体层片示:左侧下颌升支、下颌角及下颌磨牙区有一椭圆形密度减低区,内有一颗牙齿。

【初步诊断】 下颌骨含牙囊肿并感染,瘘口形成。

【治疗】 口内切口完整摘除囊肿及其内牙齿,缝合伤口及瘘口。

【术后病理诊断】 含牙囊肿。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)左下磨牙区肿疼，不能咀嚼，检查┌6残冠，叩(卄)，松动Ⅱ°，牙龈轻度红肿有触疼，前庭沟稍膨隆，诊断为急性根尖周炎是正确的。

(2)┌6根尖周炎、残冠，且牙龈轻度红肿有触疼、牙齿明显松动，采取病牙拔除术，符合拔牙适应症，也是基层医院常采用的治疗方法。

2. 本病案特点　残冠，未经治疗，久之引起根尖周炎是常见的，急性发作后，牙齿松动亦是正常的。然而除此之外，本病例检查还发现┌8缺失，询问病史既往无拔牙史，┌7松动Ⅱ°，叩(－)，牙髓活力测验(＋)，龈无红肿，无盲袋形成。前庭沟处膨隆，压之有乒乓球样感，穿刺抽出黄色奶样液，拍X线片可见此区颌骨有密度减低阴影，内有一颗牙齿。这些特征及特殊检查均被首诊医生忽略。

3. 教训

(1)本病例含牙囊肿并感染与被误诊为的疾病——急性根尖周炎在患者身上共有的特点：局部疼痛，牙龈红肿，牙齿松动。

(2)通常急性根尖周炎的特点：

1)常有病源牙存在(龋齿、残冠、残根等)。

2)病源牙有明显的持续性疼痛，且有叩疼。

3)急性尖周炎至牙槽骨脓肿时，疼痛剧烈，牙齿可有松动，脓肿穿破骨膜后可形成粘膜下脓肿，疼痛减轻，穿破粘膜后，可形成瘘。

(3)误诊原因分析

1)误诊医师检查不仔细：如能发现┌7牙髓活力正常，又无牙周病的表现(牙龈糜烂、牙槽骨吸收、牙根外露、盲袋形成等)，那么┌7松动Ⅱ°是不正常的，必有其因。再者如发现前庭沟膨隆，压之有乒乓球样感，进一步行穿刺、拍片检查，就不会造成误诊、误治。

2)原误诊医师没有认识到本病的复杂性。囊肿在骨内呈膨胀性、缓慢性生长。早期无任何症状，不少病例是在常规X线检查时发现的。囊肿逐渐发展而压迫周围骨质，使之膨隆并吸收变薄，触诊有乒乓球样感。囊肿邻近的牙齿因牙槽骨受压吸收而松动移位，同时囊肿又可因邻近龋坏的牙齿而继发感染。阻生牙区是含牙囊肿的多发区之一。

3)原误诊医师对含牙囊肿的认识不足，没有意识到┌6急性根尖周炎及含牙囊肿同时存在的复杂性。

4. 小结

(1)按步骤认真采集临床资料：问病史要全面详细，查体要分步骤，按顺序依次检查。避免漏问、漏查，如本病例。

(2)思想上充分认识疾病的复杂性。避免简单化、表面化、局限化。本病例中，原误诊医师仅仅依据部分表面的症状体征，即作出诊断治疗，在思想上没有引起足够的重视，保持足够的警惕，误诊、误治也就在所难免。

（赵宝东）

颌骨嗜伊红细胞肉芽肿致牙齿松动误诊为颌骨骨髓炎

【病史】 男,24岁。因右下后牙疼痛松动,牙龈肿胀、糜烂1年余人院。1年前患者感右下后牙痛,牙龈肿胀,到当地医院就诊,查$\overline{6|}$龋坏,有叩痛,诊为"$\overline{6|}$根尖周炎"而行根管治疗,反复换药,同时口服消炎药(具体不详)月余,患牙疼痛不见减轻,并出现松动,当地医生以保守治疗失败给以拔除患牙,拔牙窝经久不愈,且出现牙龈糜烂,期间患者多方求医,行中医、中药等治疗,又因疼痛、牙齿松动将$\overline{75|}$拔除,症状不见减轻,牙龈溃烂面增大,拍X光片示牙槽骨有吸收破坏,边缘不整齐,又诊为"颌骨骨髓炎"入院治疗。

【查体】 颌面部双侧对称,颞颌关节活动好,口内见$\overline{765|}$牙齿缺失,牙龈糜烂,有臭味,探针可探及牙槽骨凹凸不平,粗糙,无活动死骨形成、无下唇麻木,颌下,颈淋巴结未触及肿大。

【辅助检查】 颌骨曲面断层片示:下颌骨右侧牙槽骨有吸收,边缘不整齐,界限较清,未见有死骨形成。

【初步诊断】 ①颌骨骨髓炎?②颌骨恶性肿瘤?

【治疗】 人院后为明确诊断,局部取活组织检查,报告为:(颌骨)嗜伊红细胞肉芽肿,再查周围血循环中嗜酸性细胞绝对计数及血沉均明显增高。即给以在局麻加强化下行局部病灶彻底刮治,应用抗生素预防感染,半月后病人痊愈出院。

【术后病理诊断】 颌骨嗜伊红细胞肉芽肿。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)牙疼、牙龈肿胀,有龋坏,有叩痛,是根尖周炎的常见表现,行根管治疗是正确的。

(2)当反复治疗效果不佳,且有牙齿松动,给以拔除,也是临床医生常采用的方法。

(3)当拔牙后牙窝反复经久不愈,且出现牙龈溃烂,邻牙松动,经抗炎治疗无效时,考虑为慢性颌骨骨髓炎亦是可能的。

2. 教训

(1)本病例中所患疾病(颌骨嗜伊红细胞肉芽肿)与被误诊为的疾病(慢性颌骨骨髓炎)在该患者身上共有的特点:局部疼痛,牙龈肿胀,牙齿松动,牙拔除后伤口经久不愈,牙龈糜烂,有臭味。X线片示:牙槽骨有吸收破坏。

(2)颌骨慢性骨髓炎的特点:

1)多有急性炎症发作或肿胀反复发作史。

2)多有下唇麻木。

3)多有瘘管存在,慢性长期溢脓。

4)有时可见死骨排出或探及活动死骨。严重者可发生病理性骨折。

5)X线片示骨质破坏,吸收现象与增生现象同时存在。

(3)颌骨嗜伊红细胞肉芽肿的特点：

1)青年男性多见。

2)病变好发于一侧下颌角或体部。

3)临床表现似慢性炎症，进展缓慢，病程长。

4)局部疼痛，肿胀。牙槽骨吸收，牙齿松动，拔牙或牙脱落后伤口经久不愈，牙龈溃疡，口腔恶臭。

5)X线表现为骨质吸收性改变，界限和切迹清晰，但边缘不整齐，可有牙槽骨吸收。

6)嗜酸性细胞及血沉较高。

(4)误诊原因分析：

1)颌骨嗜酸性细胞肉芽肿在X线表现上易与颌骨恶性肿瘤、造釉细胞瘤和角化囊肿相混淆。而与颌骨骨髓炎无论是诱发因素，发病特点以及症状、体征、X线表现上都有明显的区别。原误诊医师将其误诊为颌骨骨髓炎，说明他对颌骨骨髓炎的认识肤浅，不能对颌骨骨髓炎进行确切的诊断。

2)对颌骨嗜酸性细胞肉芽肿更是一无所知，甚至不知道有此病的存在。

3. 小结　颌骨嗜伊红细胞肉芽肿较少见，临床医生往往对其没有足够的认识，其临床表现类似慢性炎症，X线片有时亦没有特征性表现，主要靠病理对其进行诊断，这时病理活检在对疾病的诊断中显得尤为重要。当按照常规诊断进行常规治疗失败时，要考虑到其他病的可能性，如有可能，一定要进行活检以最后确诊。

（赵宝东）

牙折误诊为牙挫伤

【病史】　男，17岁。因跌倒致上唇外伤，牙松动出血1小时。1小时前患者骑自行车时不慎跌倒，致上唇肿疼，前牙松动、疼痛、出血来就诊。患者对当时所发生的事情记忆清楚，无一过性昏迷及恶心、呕吐等。

【查体】　上唇肿胀，皮肤有擦伤，口内粘膜见一约2cm裂伤，深达肌层，与皮肤未穿通。上颌中切牙均松动，移位，出血，唇侧龈撕裂约1.5cm，牙体无缺损，有叩痛。其余牙未见缺失、折断或松动，颌骨连续性好，无压痛，分离试验阴性。

【初步诊断】　颌面外伤　①上唇、牙龈挫裂伤；②1|1牙挫伤。

【治疗】　清创、缝合上唇粘膜裂伤及撕裂牙龈。将1|1复位后，做钢丝结扎固定。同时给以口服消炎药1周。调{?}。

2周后拆除结扎钢丝，查1|松动、叩痛减轻，|1松动、叩痛明显。拍牙片示：|1牙根中部根折。随在局麻下将|1及断根拔除。

【分析】

1. 牙根折及牙挫伤均为外伤所致牙损伤，两者都有牙松动、叩痛、冷热刺激敏感的表现，有时鉴别比较困难，需拍牙片来确定诊断。

2. 牙挫伤，复位后仅行简单钢丝结扎固定即可；牙根折则视根折部位不同而行

不同的处理。①根折在牙颈部的单根牙，可在牙髓切除术后用桩冠修复。根折在牙颈部的后牙，需拔除。②根折在牙根中部者，一般需要拔除。③根折在牙根尖部者，降低咬殆关系后，定期复查，往往可以愈合。不能愈合的前牙和双尖牙，可采用根尖切除术。

3. 在对本例患者的松动牙齿没有确定是否有根折的情况下，即进行钢丝结扎固定是不恰当的，结果只能导致失败。

（赵宝东）

第二节　恶性肿瘤致牙齿松动的误诊

中心性颌骨癌致牙齿松动误诊为颌骨骨髓炎

【病史】 女，71 岁。因右下牙松动、脱落、牙龈反复肿痛 3 年入院。3 年前患者下颌右侧一牙齿疼痛、松动，反复牙周溢脓，半年前自行松动脱落，伤口肿胀不愈，无明显疼痛。3 个月前在当地医院诊为牙槽脓肿，行牙龈切开，病灶清除术，术后静脉滴注先锋霉素Ⅴ4g/d 共 7 日，伤口仍肿疼不愈，且疼痛渐重，出现阵发性右下颌疼痛，向同侧下颌角处放射，下唇有木胀感，X 线片示右侧下颌骨体内可见 2×1cm 不规则骨质破坏区，诊断为中央性骨髓炎，因患者有糖尿病史 8 年，长期服用降糖药物，因治疗困难，转人我院。

【查体】 颌面部双侧对称，开口度正常，开口型↓，颞颌关节活动好，关节区无压痛。牙列式$\frac{6543|123}{|34}$，相当于$\overline{3|}$处牙槽嵴顶部见 0.5cm×0.6cm 肿物，质软，中央破溃，触易出血，无蒂，界限不清，相当于$\overline{43|}$处唇颊侧前庭沟膨隆，范围约 1.5cm×2.0cm，压痛不明显，无乒乓球样感。颌下可触及一肿大淋巴结，约 1cm×1cm×1cm，质硬，可活动，无压痛。

【辅助检查】 X 线颌骨曲面断层片示：相当于$\overline{43|}$处颌骨内有一 2.5cm×2.5cm 大小不规则阴影，虫蚀状，周围无骨膜反应，自颏中线至下颌角(右)见骨小梁模糊，颏孔及下颌管不明显。

ECT 示右侧下颌骨放射性核素较对侧明显浓聚(累及范围：颏中线至右下颌角及部分下颌支)。

病理活检：①肿物周边牙龈：粘膜慢性化脓性炎伴肉芽组织增生；②肿物中心深部组织：中分化鳞状细胞癌。

【初步诊断】 下颌骨中心性颌骨癌。

【治疗】 右侧下颌骨切除加同侧根治性颈淋巴结清扫术。

【术后病理诊断】 (颌骨)中分化鳞状细胞癌。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)牙齿疼痛、松动，牙周反复溢脓，多考虑为牙周脓肿或牙根尖脓肿。

(2)反复发作后牙齿脱落,但伤口局部肿胀不愈合,考虑可能发展为颌骨骨髓炎形成脓瘘行牙龈切开,病灶清除术,并应用消炎药物治疗是常规作法。

(3)病灶区经治疗后仍肿疼不愈,且出现下唇麻木,拍X线片示右侧下颌骨体内有骨质破坏区,更进一步证实了颌骨骨髓炎的诊断,且已影响到下齿槽神经,因病人有糖尿病,所以治疗效果不佳,通常也是这种思路。

2. 本病案特点　中央性颌骨骨髓炎多在根尖周炎及根尖脓肿的基础上发生,有牙源性感染且反复发作的病史,下唇麻木及骨质破坏X线片上出现阴影是其特点,然行病灶清除术加抗生素消炎治疗后却不见病情好转,反而进一步加重,仅以病人有糖尿病影响治疗效果来解释未免太勉强。

3. 教训　疾病的误治首先在于对其错误的诊断。正确的诊断取决于对其详细的了解及与其易混淆疾病的鉴别。

(1)本病例中所患疾病(中央性颌骨癌)与被误诊为的疾病(中央性颌骨骨髓炎)在患者身上有共同的特点:牙齿松动、疼痛,下唇麻木,X线片示骨质破坏。

(2)中央性颌骨骨髓炎的特点:

1)多发生于青壮年。

2)有牙源性感染史。

3)有急性炎症史,病变区牙有剧烈疼痛,可向周围放射,有牙齿松动,不能咀嚼,并伴有全身炎症表现。

4)炎症可沿下齿槽神经管扩散,侵犯下齿槽神经可出现下唇麻木。

5)慢性期,口腔内及颌面部皮肤形成多数瘘孔,肉芽增生,触易出血,长期排脓。

6)X线片:骨质破坏与增生同时存在,骨膜反应明显,可见死骨形成或病理性骨折。

7)病理:炎性浸润肉芽组织及死骨。

8)行病灶清除及抗炎治疗有效。

(3)中央性颌骨癌的特点:

1)好发于下颌骨。

2)常早期出现下唇麻木、疼痛病史,以后出现肿块。

3)肿瘤可侵犯牙槽骨,出现多数牙松动、脱落,肿瘤可自牙槽窝内穿出。

4)拔牙时根尖部或脱落牙的牙槽窝内有异常软组织,应送病理检查,以明确诊断。

5)X线摄片显示骨质呈中心性不规则虫蚀样破坏性吸收。

(4)误诊原因分析:

1)根据病人初始的症状及体征,首先考虑到常见病多发病,进行常规的治疗是正确的,但进行病灶清除术及抗炎治疗后不见好转,应考虑到有其他疾病的可能性。

2)中央性颌骨骨髓炎及中央性颌骨癌有时在临床上是极易误诊的,应特别注意鉴别。在进行病灶清除术时,如果将清除物送病理检查,即可纠正误诊。最好深部组织术中快速病理。

3)两种疾病虽然在X线上都有骨质破坏的表现,但其特征是有质的区别的。

4)本病例的复杂性在于早期症状、体征合并有炎症表现,增加了临床正确诊治的困难。

4.小结　中央性颌骨骨髓炎和中央性颌骨癌是两种不同性质的疾病,它们的治疗方法及预后是完全不同的,所以一定要明确鉴别诊断。但在临床上两者有时是极难被鉴别的,特别是在出现复杂、易引起误导的因素时。首先应提高警惕,时时想到对两者进行鉴别。如临床,X线等不能完全鉴别时,应取活检或手术时冰冻活检,以排除中央性颌骨癌的可能。

(赵宝东)

早期牙龈癌致牙齿松动误诊为牙周病

【病史】 男,58岁。因拔牙后牙槽窝出血、牙龈溃烂伴进行性张口困难2个月入院。2个月前,患者因右下颌磨牙疼痛、出血、不能咀嚼到当地医院就诊,具体不详,给以口服消炎药、牙周宁2周无效,再次到医院就诊,查口腔卫生差,有臭味,牙结石较重,$\overline{7|}$松动,牙颈外露,周围牙龈糜烂、肿胀、触易出血,可探及盲袋,诊为牙周炎将$\overline{7|}$拔除,并继续服消炎药1周,病人仍感疼痛不适,并有轻度张口受限,又第三次就诊,以拔牙后牙槽窝感染,行刮治,2周后,张口受限进一步加重,同时伴有下唇麻木感,即来我科。

【查体】 颌面部双侧对称,开口度仅2cm,开口型↓,颌下及颈淋巴结未触及明显肿大。口腔卫生差,有臭味,重度牙结石,$\frac{|5}{7|67}$缺失,牙龈红肿,有糜烂,$\overline{7|}$及磨牙后区有一约2cm×1cm大小溃烂面,表面污秽,触易出血。下唇疼觉较对侧迟钝。

【辅助检查】 下颌骨右侧侧位片示:磨牙后区骨皮质有吸收,周边不整齐,如虫蚀状。溃疡边缘取病理活检为:中度分化鳞状细胞癌。

【初步诊断】 牙龈癌。

【治疗】 肿物及同侧下颌骨切除,同侧根治性颈淋巴结清扫术。

【术后病理诊断】 中分化鳞状细胞癌。

【分析】

1.误诊误治的思路原因

(1)右侧磨牙疼痛:$\overline{7|}$松动,重度牙结石,周围龈红肿、糜烂,有盲袋、易出血,有臭味,诊为牙周炎,给以消炎治疗是正确的。

(2)当消炎无效时给以拔除明显松动的患牙,通常也是这种思路。

(3)拔牙后牙槽窝仍有疼痛不适,且伴轻度张口受限,又以拔牙后牙槽窝感染而给以刮治,也是临床医师常采用的方法。

2.本病案特点　牙结石是牙周炎最主要的致病因素,牙齿松动、疼痛、牙龈肿胀糜烂、出血,是牙周炎最主要的临床表现。但患者经保守治疗继而拔除患牙后,非但牙槽窝没正常愈合,反而局部溃烂进一步加重,且出现张口受限。临床医师没就此产生怀疑,引起警惕,而是更加错误地进行刮治,促使肿瘤进一步扩散,张口受限更加明

显。

3．教训

(1)本病例所患牙龈癌与被误诊之牙周炎在该患者身上共有的特点：$\overline{7}|$松动、疼痛，牙龈糜烂、肿胀出血。

(2)通常牙周炎的特点：

1)抗炎治疗肯定有效。

2)拔除患牙可以根治。

(3)误诊原因分析：

1)按误诊疾病常规治疗有效的方法连续两步进行治疗无效，没能引起临床医师的注意，竟又错误地进行刮治，加速肿瘤的扩散。所以屡屡失误，就在于临床医师的思路始终停留在某一部位的常见病、多发病上，没有想到用常见病、多发病的治疗方法无效时，肯定是其他疾病。

2)被误诊疾病(牙龈癌)的特点：①发病年龄多在40～60岁。②多发生在下牙龈，且多位于后牙区。③是口腔癌中的常见病。④主要临床表现有牙疼、牙齿松动、牙龈肿大或溃烂出血。⑤多为溃疡型且表面污秽，有臭味。⑥侵及下颌骨时有骨质吸收破坏；侵及下牙槽神经时有下唇麻木，侵及磨牙后区时可有张口受限。⑦X线片可清楚显示骨质破坏程度。⑧局部组织活检，可以确定诊断。

3)牙结石的存在，口腔卫生差以及两种疾病在本患者身上的共有特点，使临床医师一叶障目，没有警惕到牙龈癌的存在，既没有X线检查，又没有病理活检，丧失了两种疾病最有效的鉴别方法。

4．小结

(1)首次应用常规有效的治疗方法不仅无效，而且病情加重，临床医师必须扩大思路，突破常规病，想到其隐蔽的特殊性。

(2)牙龈、牙周疾病种类繁多，临床诊断及治疗有困难及疑问时，应及时作X线检查及病理活检(本病例如果作病理活检，即可早期确诊)。

(赵宝东)

颌骨转移癌致牙齿松动误诊为中心性颌骨癌

【病史】 女，60岁。因右下后牙疼痛、松动3个月，下唇麻木1个月入院。患者3个月前始右下颌后牙疼，自认为是炎症所致自行服用牛黄解毒片，一天三次，一次三片。1周后牙疼未见好转，自感明显加重，并出现牙齿松动。到私人牙科诊所将患牙拔除，疼痛有所缓解，但牙槽窝不愈合，牙龈糜烂，有臭味，1个月前出现右侧下唇麻木，到医院就诊，拍颌骨曲面断层片示：右侧下颌骨有杯状阴影，边缘不规则，诊为下颌骨中心性颌骨癌而住院治疗。患者既往体健。

【查体】 老年女性，一般情况好，颌面部双侧对称，颞颌关节活动好，无开口受限，右下唇麻木，口内见$\overline{7-4}|$缺失，相当于$\overline{6}|$处牙龈糜烂，有异味，前庭沟膨隆，无压痛。颌下及颈部淋巴结未触及肿大。

【辅助检查】 颌骨曲面体层片示：下颌骨右侧有杯状缺损，边缘呈齿啃状。

头颈部CT示：下颌骨右侧恶性肿瘤，颈部未见明显肿大淋巴结。

活组织检查：腐败坏死组织伴慢性炎。

【初步诊断】 下颌骨中央性颌骨癌。

【治疗】 患者入院后，其家属因家庭原因一再要求尽早做手术。虽然活检结果不支持诊断，考虑可能为取活检时深度不够，从症状、体征、X线及CT表现上基本可以确定诊断，于是在全麻下行下颌骨截除术，术中将切除肿瘤送快速冰冻检查，报告为恶性肿瘤，随即结束手术，病人安返病房。

1周后，术后病理报告为：转移性低分化腺癌。即给病人行全身检查寻找原发灶，拍胸片示右肺近肺门处有一2cm×2cm大阴影，遂转胸外科，由手术病理证实为小细胞性未分化癌。

【分析】

1．误诊误治的思路原因

(1)牙痛常为颌骨中央性癌的初发症状，患者误认为是炎症自行服消炎药物治疗，使病情进一步发展，局部疼痛加剧，继而出现牙齿松动，下唇麻木。在私人牙科诊所又错误地将牙拔除，使肿瘤自牙槽窝内向外生长，并出现牙龈糜烂，有臭味，这是在临床上常见到的中央性颌骨癌的发展过程。

(2)X线表现下颌骨杯状阴影，边缘呈齿啃状的不整齐边缘，是中央性颌骨癌的常见征象，头颈部CT结果进一步支持颌骨恶性肿瘤的诊断。

(3)虽然术前活检报告不支持临床诊断，可能是取活检时深度不够，只取到表面腐败坏死组织，这并不能否认诊断的正确性，为保证诊断的正确性，术中可做冰冻检查。

(4)然而术后病理结果是原误诊医生始料不及的。

2．本病案特点 初发症状、体征以及X线、CT表现与中央性颌骨癌极为相似，原发灶表现隐匿，不易被发现。

3．教训

(1)本病例中所患疾病(颌骨转移癌)与被误诊为的疾病(中央性颌骨癌)在该患者身上共有的特点：牙齿疼痛、松动，抗炎治疗无效，下唇麻木，牙龈糜烂、有臭味，X线示下颌骨恶性肿瘤侵犯表现。

(2)通常中央性颌骨癌的特点：

1)好发于下颌骨，尤见于磨牙区。

2)常早期出现下唇麻木、疼痛，以后出现肿块。

3)肿瘤侵犯牙槽骨使牙齿松动、脱落，肿瘤自牙槽窝内穿出。

4)拔牙时根尖部或脱落牙的牙槽窝内有异常软组织，应送病检明确诊断。

5)X线摄片显示骨质呈中心性不规则破坏吸收。

(3)颌骨转移癌的特点：

1)有颌骨中央性癌相似的症状、体征及X线表现。

2)有其他部位原发灶表现或恶性肿瘤病史。

3)有时原发灶不能明确,则与原发性颌骨肿瘤一时难以鉴别,常在术后或病理活检方可确诊。

4)转移性癌已发现原发灶者,应首先或同时处理原发灶。如原发灶已治愈,仅限于转移灶者应以手术治疗为主,辅以化学治疗。

(4)误诊原因分析:

1)原误诊医生术前检查不仔细、不全面。颌骨恶性肿瘤术前应常规进行全身检查包括胸片、腹部B超等,以防止肿瘤转移或转移性肿瘤发生的可能性。如果该患者术前拍胸片,即可发现原发灶的存在。

2)过于相信自己的诊断,术前准备有失慎重。当术前活检报告不支持临床诊断时,要分析其中原因,当明知取活检时深度可能不够,应当再一次取活检来明确诊断,而不是改用术中冰冻活检,术中冰冻活检有时不准确率或误诊率是相当高的。此病例术中冰冻即没得出准确的诊断,致使误诊最终发生,应引以为戒。

4.小结　治病救人是一项神圣而严肃的工作,任何时候都不能掉以轻心、草率处之,否则将会给病人带来无法挽回的不良后果。只有在临床工作中认真仔细,照章办事,才能最大限度地避免临床误诊误治的发生。

(赵宝东)

第七章　其它症状的误诊

本章介绍临床常见的表情，开闭口，舌、吞咽等运动异常的案例，也介绍少见的眩晕、语言不清、口臭、口干的案例。引言中所谈的内容(特别多见的口臭)，案例不一定面面俱到，但可供临床探索病因时思考。

面神经功能障碍引起表情运动异常的原因很多，多见的是病毒引起的Bell面瘫，一觉醒来已嘴歪眼歪，有的表情不对称，首先是被他人发现。这是急性非化脓性茎乳孔内的面神经炎，发病快，无痛苦，面神经各分支无一幸免，同时患侧汗腺分泌障碍，并有反射降低。在不知不觉中很快出现的面瘫，还应想到是中枢脑血管疾病，也是突发，但这种面瘫仅表现口角歪斜、鼻唇沟平坦，皱眉皱额没问题，因为上部面部表情是由两侧神经支配。同时病人会伴有躯体或上肢的偏瘫。这两种面瘫不难鉴别。如果是中枢性肿瘤的浸润或压迫导致的面瘫会渐进出现。临床面瘫在诊断上存在问题最多的是周围性面神经因肿瘤(常见的腮腺，咽旁，翼腭窝、颌后区、颅底的肿瘤)压迫、粘连、浸润出现的面瘫，或因面神经自身患肿瘤(如面神经黄色瘤等)引发的面瘫，往往在诊断上、特别是想提高病人生存质量，在无瘤操作下对面神经的留舍举棋不定，随访结果，造成两种遗憾案例都有。还容易漏诊或误诊的是，包绕在面神经周围组织(如腮腺、咬肌、胸锁乳突肌上端等)发生特异性炎症(如结核、放线菌、感染等)病程较快，肿块浸润性生长，面瘫在短时间内迅速加重，但无明显红肿热痛表现，这很像腮腺恶性肿瘤，误诊率很高。有的虽然是一般化脓性炎症病灶引起的面瘫(如多年乳突炎，中耳炎等)，因为长时间的慢性破坏，炎症潜移性浸润压迫到面神经干，临床逐渐出现面瘫，此时检查腮后部也可触及硬块呈浸润性。稍不警惕，考虑不周，也容易误诊为恶性肿瘤。也有因畸形(第一鳃裂瘘继发感染，畸形血管压迫面神经)引起少见的面瘫，但误诊率高。

下颌智齿冠周炎造成的开口困难临床最多见，也正因为多，常将智齿牙周呈炎症糜烂形式的早期腺样囊性癌，粘液表皮样癌等恶性肿瘤混入其中，并以拔除阻生牙，开口训练等为治疗手段，相继引起严重后果，时有报道。在谈到下颌智齿后方附近的各种疾患引起开口运动障碍时，临床要注意，在智齿后方，后内侧、舌根，咽前、颌后区深面，甚至二腹肌后腹，颈深上淋巴结的浸润性转移灶，即是患相同疾病，但患者不同，就诊时间不同，病人出现的症状远不止是开口困难，舌运动和感觉的异常，有的是异物感有的是阻塞感，有的是语音不清，有的是呼吸障碍，有的是吞咽返流，有的主诉痛疼，因此，医生只能在实践中积累经验，丰富自己，提高临床诊断能力。

上颌智齿引起的开口运动异常虽比下颌智齿少，但临床并不少见，却多数被忽视了，出现的症状也是非典型疼痛，开闭口也有一定困难，病人长期就诊多科室，久拖不能确诊，有的在上颌结节后上方长期处于慢性炎症状态，到已恶变方被发现。所以有

的被漏诊或误诊，是因为高位埋伏、移位、迷走的原因，造成了隐蔽性，再加医生不够仔细。

随生活提高和饮食的改变，以口臭和口干就医者明显增多。口臭是各种口腔异常气味的统称，其实远不仅是臭味，但主要臭味居多。每人口腔气味始终正常是不存在的，也是不可能的，既有人人共知的口腔内环境决定的原因，也有常被忽视了的机体状态的原因，更有呼吸和消化系统的原因。当人体对代谢废物的清除能力不能大于积蓄时，代谢产物的臭味最终可以通过血液循环到达肺和唾液中，口腔就自然出现各种异常气味。究其原因有生理性和病理性，有局部性和全身性，也有生活习惯性和药物性之分。判断口腔气味是简单的，因为引起口臭的疾病可产生各种明显不同气味，如果掌握了引起口腔气味异常的各种原因，那么可以通过口腔特异气味探索病因。很特殊的气味是有诊断价值，但我们不应完全依靠气味进行诊断。

生理性口臭人人都有，只是程度不同而已，每人一天唾液量与尿量相似约1500ml～1800ml，每时刻的分泌量和内容成分是随机体状况随时改变，夜间唾液排泄，大量尿素于口内，同时口内一夜间也积蓄了许多甲硫醇和硫化氢，因此晨起口臭也是自然的，特别滞留口内食物一夜的腐败更是气味难闻，婴幼儿童口内会有甜酸口臭，是因扁桃体隐窝聚集食物和细菌之故，青春期的青少年因内分泌而牙龈代偿性充血，有时糜烂而口臭，老年人因义齿及唾液少而且滞留口内腐败而口臭。有的痛经女性，口内常有血块腐败恶臭气味，有人当饥饿时口腔气味异常，是因胰液在消化道腐败所致。

因生活而口臭就诊者也很多，肉食者比素食者口臭重已是众所周知，因肉食脂肪在消化道产生挥发性脂肪酸进入血液循环，最后呼吸排泄，暴饮者可短时间内不同程度酸中毒或酮症而呼气难闻。吸烟的口臭更令人厌恶，特别是雪茄烟，不仅气味难闻呈特殊的烟臭味，并且产生多毛舌，加上食物残渣滞留腐败，唾液分泌减少，使烟草臭味更加浓重，食大蒜、洋葱、韭菜的口臭不言而喻，特别是生食者更甚。饮酒可使发酵产气细菌增殖而口臭。

病理性口臭是各科医生应高度警惕。没吃葱蒜的人呼吸有葱蒜味（金属味）应想到重金属中毒；肝硬化、严重肝病者呼吸气味为潮湿发霉的霉臭味（蛋白质、脂类代谢不良）；如果呼吸有尿臊味，特别有陈尿味（淡的氨水味）应考虑为严重肾病、尿毒疾患；肠伤寒病人呼吸气味为稍带芳香的烤面包味；肺及支气管感染早期的呼吸气味是酸败啤酒味，中后期呈腐败恶臭。如果呼出的口腔气味是甜酸的烂苹果味，除常想到的糖尿病外，还应想到急性风湿热。各种血液病造成口腔粘膜坏死感染以及自发性出血血块的腐败，会产生典型恶臭。各种急性高热性消耗性疾病（猩红热、爆发型中毒性菌痢、恶病质等病人）发生的坏疽性口炎的恶臭更具有典型性；情绪紊乱和胃肠功能紊乱也可有某种程度的口臭，日常也较多见。口腔内局部病理性口臭是门诊病人最多症状之一，如广泛龋病，龈炎，牙周炎，牙间食物嵌塞，溃疡，多毛舌、裂纹舌，囊肿感染及瘘管、窦腔隙窝的炎症等。

药物性口臭往往被忽视，因为医生多从近期治疗考虑疗效而忽视了药物副作用，

更没想到远期并发症。临床用万古霉素和金霉素时对口腔细菌确有有效杀菌作用，但会引起念珠菌病，舌炎，口干而产生口臭；呼吸气味呈苦杏仁味，应考虑氰化物中毒，服用亚硝酸异戊酯和硝酸异山梨醇也可引起口臭。经常用商品性漱口剂，可致口腔粘膜干燥，改变菌群平衡，继发口臭。抗肿瘤、抗组织胺及镇痛和利尿药会减少唾液分泌、降低白细胞、念珠菌增殖，口干而产生口臭。因此医生用药时还应想到不良反应的副作用。

口干病人也不少，最常见原因是吸烟，开口呼吸，衰老、糖尿病、绝经期。早期容易被忽视和漏诊的是核黄素缺乏，Ejogren 综合征，Mileulicz 病，Heerfordt 综合征，以及累及涎腺的巨球蛋白血症。药物性当时或以后口干就更多，但医生应明白口干是当时的药效作用，还是药物不良反应的未来表现，对病人有言在先，会大大提高疗效，消除临床麻烦。

中医认为五脏六腑开窍于口腔，从大量临床实践证实，口腔的许多症状和表现，能反应机体、以及许多系统器官的功能状态；相反口腔的病灶也可引起全身疾病，因此，有人称口腔是全身的"晴雨表"，留心运用好，可作为身体状况的"监测器"，有一定道理。

（金志勤）

第一节　运动异常的误诊

胆质瘤致面瘫误诊为贝尔面瘫

【病史】 女，28岁。因右耳听力差2年并口角歪斜、右眼闭合不全4月就诊，患者4个月前经他人发现口角歪斜，半月后症状加重，眼睑闭合不全，餐后食物停留在口颊部。此次发病无耳痛、耳鸣等其他不适。2年前不明原因右耳听力严重减退。患者首诊于某医院，诊断为贝尔面瘫。肌注大量维生素 B_1、维生素 B_{12}、静注丹参，口服地巴唑，治疗1月无效。后又怀疑为中风，转入某中医院，针灸治疗1月仍无效，随来我院口腔科求治。既往无高血压病史、无中耳炎史及外伤手术史。个人史、家族史均无有关病史记载。

【查体】 全身一般情况好，口腔颌面外科检查：腮腺区无肿胀，未触及异常包块，导管口分泌正常。右侧眼睑闭合不全，视力正常，吹口哨时右鼻唇沟消失。舌运动尚好，右侧舌前2/3味觉减退。耳鼻喉科检查：耳鼻喉外表标志未见病变，鼓膜正常。音叉试验：右耳气骨导消失。声阻抗测定，双耳鼓室压、声顺图正常，右侧同侧对侧，左侧同侧声反射未引出，左侧对侧各频率均引出声反射100dB。衰减试验：左耳阴性。

【辅助检查】 X光检查：右侧乳突呈板障型，气化不良。鼓室天盖、乙状窦侧壁骨质均完整。内听道摄片：双侧内听道无扩大。实验室检查无异常发现。

【初步诊断】 ①右侧周围性面瘫待查；②右侧感觉神经性耳聋。

【治疗】 经耳鼻喉医生会诊,患者转入耳鼻喉科行面神经减压术。手术在10倍显微镜下操作,暴露乳突腔与中耳腔,均充满豆腐渣样胆脂瘤及包膜,乳突腔扩大约1.5cm×2cm×1.5cm,鼓室腔听骨缺损,仅剩锤骨柄,面神经垂直部起始端暴露0.3cm,并覆盖胆脂瘤包膜,外半规管部分骨质缺损,完成乳突根治术。术后1月复诊:面神经功能渐恢复,听力无改善。

【术后诊断】 颞骨先天性胆脂瘤。

【分析】

1. 误诊分析 本例患者历时数月,辗转多家医院就诊,接诊医生仅根据周围性面瘫、无中耳炎史,就草率地诊断为贝尔面瘫及中风。不能不说是一个失误。尽管患者在2年前即出现听力减退,但并未感到极大痛苦,因此就诊迫切需要解决的问题是面瘫,每次均到口腔科就诊。由于接诊医生对颞骨先天性胆脂瘤发病特点不甚明了,难免会将面瘫与听力减退分割开考虑,单独立诊,故未能及时请耳鼻喉科医生会诊,作耳部听力学及X线片检查,这便是造成误诊的根本原因。

2. 本病案特点 从病史上看,贝尔面瘫多有吹风、受凉史或耳痛史,发病较急、迅速出现面瘫。在诊断贝尔面瘫以前,应排除其他疾病的可能,如中耳炎、外伤、腮腺肿瘤、听神经瘤及颞骨先天性胆脂瘤等引起的面神经麻痹。本例患者无外伤史、中耳炎史,2年前始出现右耳严重失听,此次右侧面瘫原因不明,半月内逐渐形成完全性面瘫。应着重考虑听神经瘤、颞骨先天性胆脂瘤及腮腺区肿瘤的可能,而腮腺区检查及内听道拍片,未发现明显阳性体征,又进一步提示了有颞骨先天性胆脂瘤的可能。这时,应做颅骨全面检查,依靠断层X线明确诊断,并确定胆脂瘤部位。

3. 小结 从本病例的诊治过程中,要吸取经验教训,口腔颌面外科医生不应单纯局限于本专业知识,应对相关的耳科学及颅脑神经知识有所研究,多开拓一些诊治周围性面瘫的思路和手段。在接诊此类患者时,能够做到心中有数,制定周密的诊治对策,以免殆及病情。

(魏奉才)

格林巴利综合征误诊为贝尔面瘫

【病史】 女,24岁。因左侧面部不适伴口周感觉迟钝来诊。患者两周前曾因全身乏力、四肢肌肉酸痛、咽痛等症来院内科就诊,诊断为"上感",给予解热镇痛剂和抗生素治疗,症状无明显减轻。约5天前,突感左面部不适伴口周感觉迟钝,复去内科就诊,怀疑为解热镇痛剂或抗生素过敏,嘱停用药物,并转来口腔科就诊。

【查体】 全身检查未见阳性体征。针刺法见口周皮肤触觉及痛觉迟钝,界限不清。左侧表情肌运动功能减弱,眼睑闭合不全,鼻唇沟消失。鼓气时左侧口角漏气,口腔内检查(-),腮腺区未触及包块,无压痛。

【初步诊断】 左侧贝尔面瘫。

【治疗】 给予维生素B_6、维生素B_{12}肌注,每日1次,局部行物理治疗。三天后,患者复诊,诉病情未见缓解,反觉加重。查见左侧面部表情肌完全瘫痪。医生疑为贝

尔面瘫进展期,嘱仍继续以上治疗。2天后,患者再次就诊,右侧面部亦出现面瘫症状,并诉四肢无力,感觉迟钝。因患者神经质明显,呈焦虑状态,怀疑其夸大了症状的严重性。诊为"双侧贝尔面瘫原因待查",继续上述治疗。5天后,患者在其丈夫搀扶下前来复诊,诉症状持续加重,四肢麻木、无力,运动困难,经会诊疑为中枢病变。请神经内科会诊,检查见各肌腱反射明显减弱,巴氏征(+)。怀疑为格林-巴利综合征,收入神经内科住院观察。

【辅助检查】 CT检查:未见颅内、外占位性病变。行MRI检查,见双侧面神经管内面神经密度增高。入院后行腰穿检查:结果为颅内压正常;糖量正常;细胞计数正常,蛋白162mg%。脑脊液培养(-)。

【最后确诊】 格林-巴利综合征。

【分析】

1.误诊分析 引起本病例误诊、误治的常规思路原因是主要的。患者面瘫前有"上感"病史,而贝尔面瘫的发病诱因也的确经常为感冒、受凉后发病。符合贝尔面瘫的发病规律。患者除面瘫外,无其他明显阳性体征,至于口周感觉迟钝症状,确也不能完全排除药物过敏所致。另外,贝尔面瘫为口腔颌面外科较为常见的疾病,此病对各种治疗均不敏感,在一定时期内,病情可有所反复和加重。基于以上种种考虑,自然会使口腔科接诊医生首先想到贝尔面瘫的诊断。

2.本病案特点及教训

(1)医生思路狭窄:接诊医生仅仅从本专业范围思考问题,对引起面瘫的各种原因没有足够重视。虽然采取了CT检查方法,以排除颅内、外占位性病变,但却忽略了一个重要方面:即许多未发展到有其他体征的中枢性疾病如脑缺血、多发性硬化症、球麻痹、假性球麻痹等等;许多感染性疾病如带状疱疹病毒感染,EB病毒感染,格林巴利综合征,各种脑炎、脑膜炎、脑脓肿等等;其他系统性疾病如糖尿病、多发性结节性动脉炎、重症肌无力等,其首发症状均可表现为面瘫。有统计表明,引起面瘫的各种疾病,除肿瘤外尚有50余种之多,单从本科专业范围和肿瘤方面考虑,显然具很大片面性。

(2)接诊医生仅注意了面瘫症状本身,忽视了面瘫的发病特点,贝尔面瘫有突发的特点,常短时间内即产生明显症状,常见的表现为患者一觉醒来,面瘫已经发生,绝大多数表现为单侧,少有双侧者。其他情况的面瘫,特别是中枢性、全身性疾病引起者,则往往有一个渐进的过程,而且可有反复,多数表现为双侧面瘫,尽管双侧可能不会在同一时间内发生。因此,对于临床上病程发展较慢,且对双侧的面瘫,应高度警惕中枢性、全身性疾病的存在。仔细询问病史,行必要的全身检查,这一点接诊医生疏忽了,也不排除业务不熟练的原因。

(3)忽略了其他有价值的症状和体征,贝尔面瘫的一个发病特点是大多不伴随其他症状。甚至患者的面部麻痹常由他人首先察觉。而该例患者发病时伴口周感觉迟钝,虽不能排除药物因素,但亦不应仅考虑这一点而割断了感觉障碍与面瘫之间的内在联系。特别当患者症状已发展到四肢感觉迟钝、行走不便的情况下,仍未想到其他

严重疾病，不能不说是一个重大失误。

3. 小结　面瘫作为一种症状，可由许多疾病引起，特别是双侧面瘫更是如此。口腔颌面外科医生仅从本专业考虑病因是远远不够的，应树起一个全面的概念。而全面概念的树立，不仅要求医生本身具有高度责任心和敏锐的观察力，更要求其掌握有关的其他专业的知识。如何在精通本专业的基础上熟悉并掌握其他专业的有关知识，拓宽知识面，开阔自己的视野，将永远是青年医生所面临的现实问题。

（魏奉才）

腮腺腺样囊性癌误诊为慢性化脓性中耳炎并发面神经麻痹

腮腺的任何部位都可能发生肿瘤，不同性质和部位的腮腺肿瘤可有不同的临床特征。约10%的腮腺肿瘤发生在腮腺深叶，因发生位置的原因，临床不易早期诊断，常待侵犯邻近器官后才被查觉。

【病史】　女，34岁。因左耳痛5月，流脓4月，左侧面瘫3天于1978年9月23日入院住耳鼻咽喉科。患者以往无耳流脓史，5月前无明显诱因左耳深部疼痛，为阵发性胀痛和跳痛，未曾就诊。4月前左耳流脓，在当地医院诊断为慢性化脓性中耳炎，给予滴耳剂滴耳流脓时轻时重，偶有血性物少许，时有耳痛。3天前出现口角歪斜，左眼不能闭拢，饮水时水从患侧口角流出，面颊部动作不灵。乳突X线摄片示左乳突气化型，未见骨质破坏。胸透未见异常。纯音听阈测试示左侧轻度传导性聋。

【查体】　一般情况良好，体温正常。左侧外耳道深部可见淡粉红色肉芽样肿物阻塞，触之少量出血，无痛，其周围有较稀薄的脓性分泌物和少许血性物，脓液稍有臭味。左侧额纹变浅，抬眉减弱，左眼不能闭拢，用力闭眼时眼球转向外上方，左侧口角下垂，示齿时口角偏向右侧，闭唇鼓颊吹气时患侧口角漏气。腮腺区及颈部未触及包块。

【初步诊断】　慢性化脓性中耳炎并发面神经麻痹(左)。

【治疗】　局麻下行左侧乳突根治术及面神经减压术，耳后切口，经鼓窦进路，术中见鼓窦无异常，外耳道深部可见肉芽组织样肿物，上鼓室正常。磨除外耳道后壁，见面神经管垂直段有肿瘤样组织侵犯和明显的骨质破坏，肿物包绕面神经，继续磨除骨质，清理肿物达茎乳孔处，见肿物似来自腮腺。请口腔科会诊，考虑肿物可能来自腮腺，遂扩大切口，行腮腺切除术，术中见肿瘤来自腮腺深叶，包绕面神经主干，并沿面神经向中耳侵犯。术中将面神经主干与腮腺一并切除。术后病理报告为腺样囊性癌。

【术后病理诊断】　腮腺腺样囊性癌。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)患者因耳痛、耳流脓和患侧不完全性周围性面神经麻痹就诊于耳鼻咽喉科，从临床表现上看颇似慢性化脓性中耳炎并发面神经麻痹，未进一步深入分析是否存在其他可能造成类似表现的疾病。

(2)因考虑为慢性化脓性中耳炎并发面神经麻痹，需及早手术，故尽管存在某些值得怀疑的线索，如以往无中耳炎病史、外耳道肿物较易出血、仅有轻度传导性聋等，未加以认真分析。

2. 本病案特点　本例系发生于腮腺深叶的腺样囊性癌，在尚未出现包块之前以耳部表现为首发症状。起病时患侧耳痛，继之出现耳流脓、面神经麻痹。行乳突根治术和面神经减压术时发现面神经垂直段被肿瘤侵犯，后经手术和病理证实为腮腺腺样囊性癌。这提示某些腮腺恶性肿瘤起病较隐匿，待侵犯面神经和中耳后方出现症状，甚易误诊。

3. 教训

(1)本例所患疾病(腮腺腺样囊性癌)和被误诊疾病(慢性化脓性中耳炎并发面神经麻痹)在该患者身上的共同特点：耳痛、外耳道深部肿物、耳流脓、面神经麻痹。

(2)通常慢性化脓性中耳炎并发面神经麻痹的临床特点：

1)耳流脓：因慢性化脓性中耳炎的性质和病变的轻重不同而有所不同，轻者为粘脓性、间歇性，时好时坏；重者为持续性，为黄稠浓液且有臭味。

2)慢性化脓性中耳炎急性发作时可有头痛、头晕和发热等。

3)鼓膜穿孔可为中央圆形或肾形，也可为松弛部及边缘性穿孔。外耳道深部及鼓膜穿孔处可有肉芽组织。

4)听力检查示传导性聋或混合性聋，乳突 X 线摄片有助于了解有无骨质破坏。

5)出现眩晕、呕吐、面瘫、剧烈头痛、寒战、高热等多提示出现并发病。慢性化脓性中耳炎并发面神经麻痹属周围性，表现为一侧皱额、闭目和口角运动部分或全部消失，鼻唇沟变浅等。

(3)误诊原因分析：

1)本例患者存在明显的耳部症状和酷似中耳炎的表现，但也存在某些不支持慢性化脓性中耳炎的重要病史和体征，临床工作中未予深入、认真地分析，而诊断为中耳炎并发面瘫。

2)对面神经径路的其他部位、其他疾病缺乏充分的认识，对面神经麻痹的体征未作详细的检查和分析。

3)被误诊疾病(腮腺腺样囊性癌)的特点：

①早期多为无痛性肿块，生长较缓慢。

②少数病人可有疼痛，呈间断性或持续性。

③该肿瘤有侵犯神经的倾向，常沿神经干扩展，癌组织能包绕并累及神经干，出现面神经麻痹的机会较多。

④局部淋巴结转移较少；血行转移是最主要的转移途径。

⑤许多复发或转移的病人可较长时间带瘤生存，但远期治愈率较低。

4. 小结

(1)腮腺肿瘤最常发生于以耳垂为中心及耳屏前方的腮腺组织。发生于腮腺深部的肿瘤较少，由于位置的关系不易早期发现，本例即属此类。

(2)累及面神经导致面神经麻痹对腮腺恶性肿瘤具有重要鉴别诊断意义。某些腮腺癌可以面神经麻痹为早期症状,本例即以侵犯面神经为首发表现,需予警惕。

（孙　彦）

颈静脉球体瘤致面瘫误诊为贝尔面瘫

颈静脉球体瘤是起源于颈静脉体的化学感受器瘤。化学感受器瘤在临床较为罕见,可发生在颈动脉体、颈静脉球、主动脉体、主动脉弓、腹膜后及纵隔等许多部位,其中以颈动脉体瘤最为常见,颈静脉球体瘤次之。由于颈静脉球体瘤发生部位、发展情况的不同,加之局部解剖结构复杂,本瘤的临床表现多样,甚易误诊而延误早期治疗。

【病史】 男,51岁。因左侧面瘫4年,搏动性耳鸣2年,左耳流液半年于1994年11月7日入院。患者4年前无明显诱因出现口眼歪斜,开始症状较轻,以后渐加重,去当地医院检查为左侧周围性部分面神经麻痹,外耳道及鼓膜未见异常,诊断为Bell麻痹,经口服强的松、维生素及改善微循环药物,另予针灸等治疗无效,渐加重而出现完全性面瘫。2年前左耳出现搏动性耳鸣,节律与脉搏一致,查体见鼓膜及外耳道无异常,服西比灵、阿斯匹林等药物无效。半年前左耳有时流出少许浆液性分泌物,未予治疗;2月前左耳流脓,以滴耳油滴耳无效。

【查体】 一般情况良好。左侧外耳道可见粉红色肿物,表面附有脓性分泌物。左侧软腭抬举减弱,左侧声带动度减弱。左侧耳下腮腺区有一直径约1.5cm的隆起,质韧,深部固定,有与脉搏一致的搏动。左侧周围性面神经完全麻痹。左耳呈中度传导性聋。CT示左侧颈静脉孔及乳突区骨质破坏,数字减影血管造影提示颈静脉球体瘤。

【初步诊断】 颈静脉球体瘤。

【治疗】 全麻下耳前后及颈部联合切口切除肿瘤,术中见瘤体呈暗红色,易出血,表面较光滑,约2.5cm×2cm×1.5cm大小,位于颈静脉球顶部。

【术后病理诊断】 颈静脉球体瘤。

【分析】

1. 原误诊医生的常规思路原因

(1)患者以原因不明的面神经部分麻痹为首发症状,当时并无其他临床表现,故诊断为Bell麻痹属常规的考虑。

(2)当面神经麻痹长期治疗无效,反而渐加重,出现完全性面瘫以来,未考虑到这种表现与大多数Bell麻痹的临床过程不符,未进行必要的进一步检查。

(3)以后出现搏动性耳鸣、耳溢液等症状时,未与面瘫联系起来分析,未全面检查其他颅神经有否损害,未考虑到颈静脉球体瘤的可能而一味对症处理。

2. 教训

(1)本病例所患疾病(颈静脉球体瘤)与被误诊为的疾病(贝尔麻痹)在该患者身上的共同表现:周围性面神经麻痹。

(2)通常Bell麻痹的特点:

①急性周围性面神经麻痹，可为部分性或完全性麻痹，多为单侧。

②起病前常有鼻塞、肌肉痛、咽痛及受凉等。

③听力、前庭功能检查及影像学检查除外肿瘤及其他疾病。

④绝大部分病人在起病后 4 周内完全恢复。

(3)误诊原因分析

1)本例起病时以一侧周围性部分性面神经麻痹为唯一症状，在治疗过程中面瘫渐加重，长期无恢复迹象，直至发展成完全麻痹。接诊医师忽视了这一特点与贝尔麻痹的特点不符，未进一步排除可能导致面瘫的其他疾病，特别是未注意排除肿瘤的可能，未进行必要的影像学检查。

2)以后出现搏动性耳鸣、外耳道溢液及颈静脉球体瘤的特征性症状时，未将各种表现联系起来全面分析，未进行应有的体格检查，只行对症治疗，致使病人一再被误诊。

3)不了解颈静脉球体瘤的临床特征也是误诊的重要原因之一。

4)被误诊疾病(颈静脉球体瘤)的临床特点：

①搏动性耳鸣：搏动性耳鸣是最常见的早期症状之一，也是具有诊断意义的症状，耳鸣搏动的节律与心跳一致，压迫同侧颈部血管耳鸣消失，放松后耳鸣复又出现。

②听力障碍：多为传导性聋，也可为感音神经性聋。

③外耳道溢液：肿瘤穿破鼓膜后可出现外耳道出血、合并感染后有外耳道流脓。

④早期查体可见鼓膜呈蓝色，或见鼓膜内侧有搏动性红色肿物。以鼓气耳镜加压检查时可见搏动消失或肿物变为白色(Brown 征阳性)。鼓膜被肿瘤穿破时外耳道深部可见红色肿物。

⑤常有颅神经损害，以面神经麻痹较常见，其次为三叉神经、听神经、舌咽神经、迷走神经及舌下神经等的损害及 Horner 征等。

⑥部分患者耳下腮腺区或下颌角后上可触及肿物，可有与脉搏一致的搏动。

⑦CT 扫描、数字减影血管造影或 X 线摄片、颈动脉造影及颈静脉造影等有助于肿瘤的诊断和鉴别诊断，有助于确定肿瘤的原发部位、范围及扩展情况等。

3. 小结

(1)导致面神经麻痹的疾病很多，尽管贝尔麻痹是周围性面瘫的最常见的疾病，但临床诊为 Bell 麻痹的患者实际上是由于胆脂瘤、面神经肿瘤及颅底肿瘤所致面神经麻痹的早期。

(2)面神经麻痹只是一种症状或体征，临床上此类病人必须仔细寻找病因以便及时处理。凡缓慢发生、逐渐进展及复发性面神经麻痹提示肿瘤的可能，而贝尔麻痹预后较好，85%的患者在 1～4 周内恢复。数周或数月才逐渐发展成完全麻痹的常为肿瘤引起。完全性面瘫半年后毫无进步者一般不是贝尔麻痹，需除外肿瘤。

(3)医生应熟悉颈静脉球体瘤的临床特点，对有搏动性耳鸣、听力减退、耳溢液及合并第Ⅶ、Ⅷ等颅神经损害表现者应想到本病的可能，应及时进行必要的检查，以便早期诊断。

(孙彦)

面神经鞘瘤致面瘫误诊为腮腺恶性肿瘤

【病史】 男,27岁。因左侧耳垂下无痛性肿物半年,伴左侧面瘫10天入院。患者半年前无意中发现左侧耳垂下方膨隆,触及一肿物,无明显疼痛不适,未行诊治。以后肿物缓慢生长。10天前,突然出现左侧口角歪斜,左眼睑闭合不全,咀嚼食物时易存留于左侧颊部。发病期间未述其他不适。

【查体】 全身一般情况好,面部左右不对称,左面肌松弛,额纹及鼻唇沟消失,眼睑闭合不全,口裂拉向右侧。左侧腮腺区触及一包块约3cm×3cm×2cm,质地较韧,与周围组织界限清,可动,无压痛。腮腺导管口无红肿,挤压左腮腺区可自导管口流出清亮液体。

【辅助检查】 左侧腮腺X线造影发现分支导管向下方移位,密集成束。B型超声检查示:左腮腺内占位病变3cm×3cm×4cm,周界清楚,内部回声均质,后壁有增强表现。细针吸活检:未能穿到组织。

【初步诊断】 左腮腺恶性肿瘤。

【治疗】 全麻下行腮腺及肿瘤切除术。翻起组织瓣后,发现肿瘤不在腮腺浅叶,而位于茎乳孔附近,与面神经总干及各分支不能分离,肿物包膜完整,与腮腺组织无粘连,切除部分肿物送冰冻病理检查,报告为:神经鞘瘤。沿肿瘤包膜内锐分离,分块切除肿瘤,保留面神经的连续性,分层缝合创口,放置引流条、局部加压包扎,一周后患者拆线出院。半年后复查,面神经功能已恢复。

【术后病理诊断】 面神经鞘瘤。

【分析】

1. 误诊原因　本例患者病史、症状较为简单明了,先有腮腺区无痛性、渐进性包块,继之又发生同侧面瘫,接诊医生将上述表现联系起来思考,自然而然地想到腮腺恶性肿瘤的诊断。因此,本例误诊的主要原因是医生的临床经验不足,全面分析病情不够,导致主观臆断而误诊。

2. 本病案特点　神经鞘瘤来源于神经鞘膜,生长缓慢,包膜完整,质地坚韧,呈圆形或卵圆形,面神经神经鞘瘤多发生于20～30岁之青年。面神经的任何部位,如颅内段、内耳道段、颞骨内段以及茎乳孔以外的主干和分支均可发生。面神经麻痹为本病的早期表现。本例患者就是因此症状而被考虑为腮腺恶性肿瘤的。由于诊断时首先考虑常见病、多发病,腮腺内非囊性的占位性病变最易被考虑为混合瘤。但混合瘤几乎不会引起面瘫。神经鞘瘤有沿神经轴侧向左右移动的特点,但由于腮腺包膜较厚,面神经走行又复杂,无法做为鉴别依据。因此,接诊医生根据所掌握的现有临床资料,只能作出腮腺恶性肿瘤的诊断。针刺活检,没有能够穿到组织,失去了一次术前确诊的机会。由于腮腺恶性肿瘤与面神经神经鞘瘤来源于不同组织,治疗方法和预后迥异,术前准确诊断,正确制定合理手术方案十分重要。本例患者虽然术前诊断有误,但术中经快速病理确诊后,及时修改手术方案,注意保护面神经的连续性,未给患者造成终生面瘫的遗憾。

3. 教训总结　病史是诊断疾病的重要依据。腮腺肿瘤的治疗方案，取决于肿瘤细胞形态学。但按常规一般不主张术前进行活检。因此，对于接诊医生来说，更应该努力提高诊断的准确率，在确诊之前，应考虑全面，重点保护好面神经，但最终主要靠术中快速冰冻切片明确诊断。

（魏孝才）

重症肌无力误诊为贝尔面瘫

【病史】 女，11岁。因右睑闭合不全，睑下垂两年余，加重3个月伴语言不清就诊。约2年前，患者家长发现患儿无诱因地出现右睑下垂伴眼裂闭合不全，症状时轻时重，不治亦可自行缓解，未予重视，亦未行任何治疗。近3个月来，上述症状逐渐加重，出现右侧口角歪斜，笑时更明显，流涎水，闭眼无力，睁眼也无力，症状发作时伴视物模糊，说话不清。曾去神经内科就诊，未发现病因，怀疑为贝尔面瘫转入口腔科。既往无特殊病史记载。

【查体】 右睑下垂明显，视物需仰头，睑闭合需特别用力，且闭合不全。右口角偏对侧，面部运动时加重，个别词发音不清，且鼻音严重，声调较同龄儿童低沉。双侧腮腺、颌下腺无肿大，无压痛，无异常包块，导管口无溢脓，双侧颈深上可触及2个小淋巴结直径约1cm大，中等硬，活动，无压痛。双眼视力：左1.3，右1.3，眼球活动无受限。口内检查：舌、软腭运动可，两侧基本对称，静止时悬雍垂稍偏左，右侧声带张力弱于左侧，舌、腭感觉及味觉无异常。扁桃体Ⅱ°大，咽(－)。

【初步诊断】 ①右侧面神经麻痹；②不完全性声带麻痹(右)。

【治疗】 对于患儿的面瘫症状，首先怀疑病因为带状疱疹病毒感染所致，追问病史无面部疱疹史、疼痛史。其次考虑为颅内或颅外占位性病变，行螺旋CT扫描，颅内、颅外均无异常发现。双侧鼓室及乳突房亦未见异常。诊为贝尔面瘫。予以维生素B_1、维生素B_{12}肌注，每日1次，并嘱回当地医院行物理治疗，月余后复诊。50多天后患者再次就诊，发现睑下垂发展为双侧，且较前加重，视物模糊，经查为眼球复视所致。面部表情肌运动基本对称，但运动程度明显减弱，呈呆板面容，双侧咀嚼肌，颈、肩部肌肉张力低，复疑为中枢神经系统病变。仔细询问病史，得知患者病情虽呈不断加重趋势，但中间仍有时轻时重变化，病情加重常在疲劳时，严重时感颈、肩部肌肉明显乏力，转头困难，咬不碎坚韧食物。晨起时多数症状减轻。经检查除颈、肩部肌肉张力减弱外，无明显病理反射阳性表现。怀疑为重症肌无力，即给予甲基硫酸新斯的明0.5mg肌注，半小时后，两侧面肌功能恢复，眼睑上举，咬合功能正常，转神经内科继续治疗。

【最后确诊】 重症肌无力$Ⅱ°_A$。

【分析】

1. 误诊原因　重症肌无力和贝尔面瘫，文献中无鉴别诊断的记载。临床上重症肌无力误诊为贝尔面瘫，极为罕见。为什么会误诊呢？关键在于接诊医生没有对上述两种病的面肌瘫痪进行仔细的观察，认真的鉴别和深入的检查。

2. 本病案特点　重症肌无力与贝尔面瘫虽然都可表现为面肌病变，但在如下几方面还是能够区分的。首先从病因病理上讲，贝尔面瘫是面神经岩骨内某段因各种病变而使面神经末梢的冲动发生障碍，使其支配的面肌瘫痪。而重症肌无力的面肌瘫痪是由于肌肉间使运动功能障碍所致。从症状上看，两种病虽然都可能出现上、下面肌瘫痪、言语含糊不清，口角下垂等症状，但也有许多不同。如贝尔面瘫病变一般为单侧，进行性加重，闭眼困难但可睁大。而重症肌无力发病多为双侧，晨轻晚重，休息后好转。无力闭眼也无力睁大，眼皮呈松疏状态。另外，贝尔面瘫患者在用力闭眼时，眼球转向外上，也称贝尔征；而重症肌无力患者在用力闭眼时，眼球活动缓慢，不转向外上方。最后一个显著特征即用新斯的明试验治疗诊断可资鉴别：新斯的明虽对上述两病的面肌瘫痪均有作用，但对贝尔面瘫作用缓慢，效果不明显。对重症肌无力则作用迅速，效果明显。

3. 教训总结　本病例的误诊主要是接诊医生对该患者的症状、体征缺乏全面的、客观的、深入的观察和分析综合，作为一名专科医生，通晓有关学科知识也是非常必要的。

（魏奉才）

鼻咽癌致软腭运动障碍误诊为慢性咽炎

【病史】　男，58岁。上腭不适，感觉异常7个月就诊。患者7个月来，无明原因上腭不适感进行性加重，直至发展到饮水时易呛咳，多愿进食粘稠的糊状食物，因无痛苦，未行任何治疗，近20天来感左侧面部蚁走感，并阵发疼痛，遂来院就诊。发病以来无涕中带血、听力减退症状，患者有吸烟嗜好。余无特殊病史记载。

【查体】　颌面部左右尚对称，张口度2.0cm，口内异常气味较大，全口牙龈红肿，触易出血，牙结石(++)，牙齿松动Ⅰ°～Ⅲ°，口腔粘膜完好，色泽正常。咽部暗红色，淋巴滤泡增生。扁桃体纤维化明显，与舌腭弓、咽腭弓粘连。舌体活动、感觉无异常，口内唾液粘稠。扪及双侧腮腺，软，无包块。颌下淋巴结可及，活动，无粘连，无触痛。耳鼻喉科检查：间接喉镜见咽反射迟钝，左侧声带功能受限，余无异常发现。

【初步诊断】　①慢性咽炎；②牙周病。

【治疗】　嘱患者回当地医院对症治疗，定期复诊。月余，患者复诊诉症状无改善，且饮水返流鼻腔症状加重，并出现语言不清。仔细检查：舌体运动，感觉功能同前，软腭左侧饱满松弛，发"a"音时，软腭后部运动功能丧失，疑为咽旁肿瘤。请耳鼻喉科会诊，咽顶未见新生物。为谨慎起见，行咽顶部活检，报告为："慢性炎症"，再行左侧咽隐窝处活检，病理报告为：鳞状细胞癌Ⅲ级。经CT检查，证实咽旁后间隙边界不清肿块。患者转肿瘤医院行放射治疗，失访。

【最后病理确诊】　鼻咽癌（鳞状细胞癌Ⅲ级）。

【分析】

1. 本病案特点　本病例病史清楚、简单，未出现遗漏、意外因素掺杂等干扰，因此，其误诊的主要原因在于医生方面：首先检查不彻底，遗漏体征。患者初诊时，虽然

对口腔颌面颈部进行了全面检查，但软腭运动功能异常这一重要体征却被忽视了。实际上，有经验的口腔颌面外科医生面对饮水时向鼻腔返流的症状，首要考虑的病因，除中枢性疾病，口腔-上颌窦穿孔外，即应是各种因素所致的软腭运动功能障碍，而恰恰是这具有指导性的体征，在检查时被遗漏了。其次，本病案体征缺少、隐匿和不典型为诊断增加难度。鼻咽癌最常见的初发症状，多为涕中带血，耳鸣或听力减退，头痛和鼻塞，此病例却不具备这些常见症状，尽管问诊时医生已注意了此点的询问。这导致医生轻易地排除了鼻咽癌的可能而转向其他方面。加之患者口腔卫生条件差，张口受限，更易使医生失去彻底检查的耐心。另外，医生的思维范围过于狭小，简单，仅凭咽部充血即得出咽炎的诊断，而忽略了患者主诉中面部感觉功能异常这一重要线索，只是到了患者再次复诊，出现语言障碍，才考虑到咽侧肿瘤侵及迷走神经的可能，失去了一个月的宝贵时间。

2. 教训总结　体征的缺失、隐匿和不典型，常易造成误诊。而其他系统疾病在本专业范围内仅表现出少数体征更加重了这种可能。除充分配合有关科室外，对相关疾病的全面认识，在避免误诊方面会起重要作用。如本例患者，鼻咽癌虽多表现为涕血、耳鸣、颈淋巴结肿大，后期出现前组脑神经受累症状。但仍有相当部分患者肿瘤会沿颅外途径首先侵及咽旁间隙及其器官、神经，特别是第Ⅸ～Ⅻ对脑神经，引起吞咽困难、咽反射迟钝，声嘶、软腭麻痹等症状，早期体征虽然隐蔽，只要认真思考、追根寻源，还是可以避免误诊的。另外，先进诊断仪器的使用，如本例中初诊时即用CT检查，相信能及时得出正确诊断，这和滥用和迷信仪器是完全不同的。

（魏奉才）

舌根甲状腺吞咽困难误诊为血管瘤

【病史】　女，26岁。因咽部阻塞感2年余，渐进性吞咽困难6个月来诊。患者2年前感咽部阻塞不适，因症状不严重，未行诊治。近半年来阻塞感渐加重，进食时感吞咽困难，低头时有颈部受压感，近来需半流质食物方能咽下。为此曾去多家医院就诊，均诊断为“慢性咽炎，咽异感症”。最后一家当地医院发现舌根部似有肿物，建议患者来本院就诊。患者家族史、个人史无特殊记载。

【查体】　全身系统检查无阳性发现。专科查：颌面部左、右对称，颞颌关节无异常。口内舌体运动正常，感觉无异常。触诊右侧后1/3舌体较对侧膨隆，质地柔软，无触压痛。请耳鼻喉科会诊：见右侧舌根及会厌附近有一边界不清，直径约2.5cm包块，占据右侧会厌谿，表面覆正常粘膜，但色泽呈暗红色，无弥漫性小血管扩张，经穿刺抽出鲜血约3ml。

【辅助检查】　白细胞计数稍高（12×10^9/L），余（－）。

【初步诊断】　舌根部血管瘤。

【治疗】　拟行血管瘤切除术。因肿块位于会厌部，请耳鼻喉科医生共同讨论手术方案。讨论中有医生建议行甲状腺扫描。结果显示颈部甲状腺位置无^{131}I浓聚，而舌根部肿块显示不规则^{131}I浓聚影像。高度怀疑患者舌根肿块实为异位甲状腺。

后经活检证实,肿块确为甲状腺组织。因常有异位甲状腺发生恶变的报道,经与内分泌医师协商,建议患者自己注意肿块变化,定期复诊,未治出院。

【分析】

1. 误诊分析　本病例误诊原因有几点:①病史与体征无特征性,穿刺见有血液易使接诊医生首先想到血管瘤的诊断。②医生未认真仔细地进行必要的检查,便盲目决定手术,以至险些切除患者的甲状腺,造成不可挽回的后果。

2. 教训总结　甲状腺疾病属普外科范围。但异位甲状腺与口腔颌面外科关系密切。因此,口腔科医生对其应有必要的了解。胚胎发育过程中,第4周,咽底正中的内胚层组织开始发生甲状腺始基,由第一、二对咽囊之间的内胚层向下凹陷形成甲状腺囊,腺囊迅速向尾侧移动,并形成一团实质细胞,以后形成甲状腺。与舌相连的细管即为甲状舌管,胚胎第六周此管应退化消失,如未能退化,则会形成甲状舌管囊肿。原始甲状腺于胚胎第七周应位于颈部,并分成两叶,列于气管两侧,逐渐发展成为甲状腺。如果甲状腺始基或原始甲状腺在下降过程中发生障碍,就会在沿途中的其它部位停留并继续发育,形成异位甲状腺。已有报导的异位甲状腺发生部位有鼻咽、舌体内,舌体外、喉、气管、食管、纵隔等部位。但最为常见的还是以舌根、舌盲孔处及咽部为多。临床检查异位甲状腺多为柔软,边界清或不清的软组织包块。位置表浅时可呈紫蓝色,易与某些良性肿瘤如脉管瘤、脂肪瘤,某些囊肿特别是甲状舌管囊肿相混淆。此例患者最初诊断为血管瘤即为例子。穿刺有血的原因可能为穿刺针进入小静脉所致。异位甲状腺最可靠的诊断手段当然为^{131}I扫描,若见可疑肿块^{131}I浓聚,即可确诊。异位甲状腺多具备甲状腺的正常功能,贸然切除会引起一系列严重后果。但一般认为异位甲状腺易发生肿瘤,甚至恶变。故对异位甲状腺的治疗应视其位置及对机体的影响而定,对舌根及咽部性质不明的肿块,^{131}I扫描应视作常规手段,切不可掉以轻心。

（魏奉才）

颅内神经鞘瘤吞咽异常误诊为咽旁恶性肿瘤

【病史】　男,51岁。因吞咽困难、味觉丧失及语言不清3月来诊。患者约2年前即觉吞咽固体食物时不适,饮水时有呛咳,进食时感口中无味或味淡,因症状不甚严重,未予诊治。近3个月来,上述症状明显加重,完全不能进食干性食物,咽部及舌根有麻木感,舌运动不利,并渐出现说话含糊不清及声音嘶哑。在当地医院就诊,怀疑为"咽炎","咽异感症","神经官能症"等,并对症治疗,症状未见好转。患病以来,间断出现头晕、耳鸣等症状,听力无明显减退。既往无特殊病史。

【查体】　颌面部左右对称,左侧面部表情肌运动弱于对侧,左腮腺区肿大,软,无包块,左颈深上淋巴结可触及约1.5cm×1.0cm,质硬,固定。口内粘膜完好,左侧舌轻度萎缩,伸舌时舌体患侧偏斜,舌后1/3感觉明显下降,与对侧对照味觉丧失,咽反射消失,左侧软腭静止时较对侧饱满,运动时悬雍垂右偏,触觉迟钝,痛觉丧失。

【辅助检查】　间接喉镜见:左咽侧壁向中线移位,左侧声带不完全性麻痹,鼻咽

部未见明显新生物。实验室检查:血常规,胸透,心电图检查均正常,肝功、HAA正常。

【初步诊断】 ①咽旁低度恶性肿瘤;②鼻咽癌早期颈淋巴转移。

【治疗】 入院后行电测听检查,发现左侧听力较对侧下降30dB,感觉神经性听力减退。颌面部CT检查,未见腮腺及咽旁新生物。咽顶及隐窝旁分别取活检,病理报告:结缔组织呈慢性炎症,未见肿瘤细胞。决定局麻下取左颈深上淋巴结活检,术中见淋巴结肿大,粘连,质地硬,病理报告:淋巴结反应性增生,未见瘤细胞。经上述检查否定原初步诊断,转而怀疑颅内肿瘤。行颅脑CT检查:见一软组织影位于左颈静脉窝后方,向颅后窝延伸,部分伸入颈静脉窝。此软组织影像边界清晰,形态规则,并见静脉窝后壁有压迫性骨质吸收。诊断为迷走神经源性肿瘤。转神经外科手术,病理为颅内岩部及后窝神经鞘瘤。

【术后病理诊断】 颅内神经鞘瘤。

【分析】

1. 误诊分析　初诊一、二两个诊断是有其理由的。患者吞咽困难,声嘶和舌根麻木等症状,加上舌瘫、萎缩,咽上缩肌瘫痪,在口腔颌面外科范围内,应想到为多颅神经受损所致,即所谓的颈静脉综合征。最可能和最常见的病因为咽旁间隙,或曰"腮腺床"附近的肿瘤,加之患者症状总体看来为渐进性加重,查体见左咽侧壁、左软腭饱满,符合良性或低度恶性肿瘤的表现,则更加深了症状是由肿瘤所致的印象。

为何种肿瘤呢?咽旁间隙的肿瘤或为原发,或为转移而来。来源于腮腺深叶可能性最大,恰巧该患者有腮腺肿大的表现。另外,颈深上淋巴结肿大、固定,又使医生联想到鼻咽癌的诊断。虽然经初步检查并未发现鼻咽部有新生物,但鼻咽癌的生长特点众所周知,有部分患者直到确诊为颈部转移,其原发灶也很难找到。因此,应当说经初步检查分析,即能得出以上两个诊断,接诊医生是具有一定水平的。有了初诊时的印象,以后采取的反复活检、CT检查等措施也就顺理成章。患者有耳鸣、听力下降表现,且有味觉丧失,意味着可能为鼓索受损,则电测听和CT检查耳部情况也是必要的。

2. 本病案特点　本病案应当说接诊医生的思路在很大程度上是有事实根据的。那么,为何还是造成误诊呢?关键是医生的思路从开始就偏离了正确方向,或称思考的"切入点"有偏差。首先,分析出患者症状为颈静脉综合征,是正确的。颈静脉综合征可由颅外病变引起,包括接诊医生所考虑到的所有可能,但也有相当一部分颈静脉综合征是由颅内病变或颈静脉窝内的病变所致。常见的包括桥小脑角的各种肿瘤,血管瘤,也可见于多发性硬化症等引起的疾病。更有部分患者,病变恰位于颈静脉窝内,这包括颈静脉瘤,第Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ对颅神经来源的肿瘤。少数近颅底的颈内动脉的动脉瘤也可引起类似症状。因此,只从本专业出发,单纯考虑颅外病变,则无论以后的诊断措施如何得力,均无法纠正误诊这一事实。因为一开始思路就有偏差,则顺此思路想下去,只能越差越远。

3. 教训总结　临床症状多种多样,病因也五花八门,如医生知识面狭窄或仅从

本专业角度考虑问题，则误诊再所难免。这就要求我们应有广博的知识面，遇到问题多角度思考，俗话说“广撒网，多捕鱼”，也同样适于我们的诊断过程。

（魏奉才）

软腭部结核致吞咽困难误诊为咽旁恶性肿瘤

【病史】 女，33岁。吞咽不适9个月伴颈部包块月余入院。患者9个月前不明原因的出现吞咽梗塞，上腭疼痛不适等症状，曾在当地医院就诊，诊断为“咽炎”、“扁桃体炎”、“神经官能症”，曾用多种抗菌素治疗，并服用中草药，效果不明显。逐渐出现讲话不清，睡觉打鼾等症状。1月前，右侧颈上部发现无痛性包块，渐大，随来我院耳鼻喉科就诊，怀疑鼻咽癌，经两次局部活检，均无异常发现。转入口腔颌面外科。患者20年前曾患肺结核，其他无特殊病史记载。

【查体】 颌面部左右对称，右侧腮腺可触及，质软，导管口无异常，面神经功能正常。右侧颈上部胸锁乳突肌前缘及深面可触及三个相连包块，范围约2cm～5cm直径大小，与周围组织粘连明显，不活动，无触压痛，质地中等。口内：右侧软腭膨隆，可触及边界不清之包块，中等硬度，软腭感觉功能正常，右侧运动受限。右咽侧壁无明显膨隆，移位。

【辅助检查】 CT检查结果：右侧颈深上淋巴结明显肿大，边界尚清，形态不规则，中心见密度减低区。茎突内侧，咽旁可见一类圆形、边界不清之包块伸向软腭，与腮腺关系不密切。颈部包块针吸活检，病理报告为坏死组织，未发现肿瘤细胞。

【初步诊断】 咽旁间隙恶性肿瘤颈淋巴转移。

【治疗】 计划行颈淋巴清扫＋上颌骨部分切除＋肿瘤切除术。首先行颈阔清术，翻起皮瓣后见颈深上数个淋巴结肿大，尤以二腹肌下淋巴结肿大明显，约为5cm×5cm×4.5cm大，与颈内静脉及周围组织粘连明显，仔细分离，完整摘除后送冰冻活检，病理报告：“淋巴结核”。随探查软腭包块，切开软腭及舌腭弓前缘，切取小块病变组织送冰冻活检，报告同上。结束手术，给予抗痨治疗，症状明显好转，出院。

【最后确诊】 咽旁及颈部寒性脓肿（右）。

【分析】

1.误诊分析　多种疾病临床表现的交叉出现、互相掩盖造成假象，再加体征的隐匿性等常易造成临床误诊，本病例即是一个典型。

（1）患者吞咽不适，并时感疼痛，在缺乏其他体征的情况下确易与咽炎、扁桃体炎、神经官能症相混淆。

（2）患者出现颈部淋巴结肿大，就诊于耳鼻喉科，接诊医生怀疑鼻咽癌而两次咽部活检，是有其充分理由的。因鼻咽癌广泛颈淋巴转移，却未发现原发灶者不为鲜见。

（3）耳鼻喉科怀疑鼻咽癌而未查及原发灶，加上患者软腭运动受限，自然使口腔科医生随肿瘤思路走下去，怀疑本科范围内肿瘤引起颈淋巴结肿大。CT检查发现咽旁间隙肿物与颈部肿大淋巴结边界不太清楚，且中心有坏死，则更使肿瘤的诊断有

了“依据”。

(4)穿刺活检虽未查到肿瘤细胞,但仅靠此点即排除肿瘤确非明智。因穿刺活检所得到的活组织有限,其可靠程度也就大打折扣。

2. 本病案特点

(1)患者症状仅有颈淋巴结肿大,两次咽部活检无异常发现,虽不能完全排除鼻咽癌的可能,但引起颈部淋巴结肿大的原因绝不仅仅只有肿瘤,起码炎症(包括结核)亦可致同样表现。两者表现是交叉,也是相互掩盖的。

(2)CT 明确显示咽旁包块延及软腭,并且边界不清,中央坏死液化,表现颇似恶性肿瘤,但亦无法和炎性包块相鉴别,特别是在穿刺活检并未找到癌细胞的情况下更是如此。

(3)患者自发病至来院就诊,始终未出现神经被累及的表现。按常规看,咽旁及颞下窝的恶性肿瘤,因其位置关系,极易引起三叉神经、舌咽神经、迷走神经及舌下神经的功能异常。而本例患者神经受累症状一概皆无,医生应注意此特点,不应将思路固定于肿瘤一点。

(4)尽管患者既往曾有患肺结核病史,但接诊医生却始终未想到结核的可能,因而结核菌素试验等有一定价值的鉴别诊断方法被遗漏了。

3. 教训总结　疾病的临床表现有时与本质不一致,多种表现并存,造成临床表现的交叉和互相掩盖的特点。然而不同疾病之间又有自己的特性表现。这些特性表现因主要表现的相互掩盖往往被忽略。因此,充分调动医生本身的思维能力,多方询问,深入本质,不放过一丝一毫的有价值线索,对明确诊断是非常必要的。此例患者如果不是术中活检明确了诊断,及时调整了治疗方案,给患者造成的损失则无法弥补,应以为鉴!

(魏奉才)

颌底部舌下神经纤维瘤舌麻痹误诊为舌下腺恶性肿瘤

【病史】 男,36 岁。因右口底肿物发现 2 年余,伴同侧舌麻痹 7 个月来院就诊。患者 2 年前无意中发现右侧口底有一豆粒大小肿物,质硬,缓慢长大,偶感疼痛不适。进食时同侧颌下似有肿胀不适感。未行任何治疗。约 7 个月前,同侧舌渐感活动不利,症状逐渐加重,但对语言和进食无明显影响。近 1 周来,口底不适感加剧,疼痛明显,并向舌部放射,来诊。患者平素身体健康,不嗜烟酒,家族史无特殊记载。

【查体】 全身一般情况良好,专科查:右侧口底粘膜稍红肿,约平$\overline{76|}$部位口底粘膜下触及一直径约 1.5cm 大肿物,质硬,边界不清,与周围组织粘连,活动度差、有压痛。右侧舌体轻度萎缩,伸舌时舌体明显偏向患侧,舌体表面粘膜正常。右侧颌下腺质地中等,边界清,与周围组织稍有粘连,导管口无红肿、溢脓。同侧颈深上淋巴结明显增大,2.0cm×1.5cm,质硬,界限清,稍可活动。

【初步诊断】 舌下腺恶性肿瘤伴同侧颈淋巴转移。

【治疗】 计划对肿瘤行区域广泛切除及肩胛舌骨上颈淋巴清扫术。手术在全麻

下进行，先行肩胛舌骨上清扫，肿大之淋巴结冰冻快速活检报告为：淋巴结反应性增生，未查见肿瘤细胞。根据活检病理结果决定改变手术方案，缩小切除范围，在摘除颌下腺时，发现颌下腺导管近腺体处明显膨大，呈一花生米大肿物，将腺体及肿物一并切除。切开肿物内为一浅黄色坚硬结石。病理报告为：颌下腺慢性炎症，未见肿瘤。检查术野，发现舌下神经除与颌下三角部分组织粘连外，无明显形态改变，患者术后创口一期愈合，出院。

预后：半年后患者如期复诊，检查见右侧颌下区手术创口愈合良好，右侧舌体萎缩未见好转，反有加重，舌运动障碍无改善。回顾整个病史，疑为咽旁间隙肿瘤，经检查咽侧壁无明显移位，行矢状面 MRI 扫描，见近颅底处有一椭圆形、边界光滑，中央稍有密度减低的软组织影，与颅内静脉相邻。结合临床神经外科再次手术，证实为来自舌下神经的神经纤维瘤。

【术后病理诊断】 舌下神经神经纤维瘤。

【分析】

1. 误诊分析　本例患者同时患有“颌下腺导管结石”及“舌下神经纤维瘤”，是接诊医生所未想到的。颌下腺导管结石，是口腔颌面外科一种常见病，在临床表现上很难与舌下腺恶性肿瘤相混淆。那么是什么原因造成本病例误诊的呢？首先，接诊医生仔细检查患者体征，反复分析病情不够。本例患者颌下腺导管阻塞症状是比较典型的，如进食后有颌下区肿胀、疼痛不适。但随后出现的舌体麻痹症状，却直接将医生的思路引入歧途，从而得出错误的诊断。

2. 本病案特点　口底肿物可由多种疾病引起，最常见的原因当属炎症和肿瘤。因本例患者同时具有两者的共同表现，给诊断明确带来一定难度，接诊医生的失误也是存在的。

(1)既然肿块本身不典型，则应行进一步检查，如拍下颌咬殆片，颌下腺造影等，单纯将明确诊断放在冰冻切片上，似有不妥。

(2)整个病程中，肿块始终有疼痛表现，虽然并不严重，但反复发作，此点不符合肿瘤侵犯感觉神经的常规表现。接诊医生未予考虑，不能不说为一疏漏。

(3)本病例中，舌瘫、舌体萎缩是因舌下神经受损所致虽无疑问，但应想到舌下神经路径上任何部位的病损均可引起此种表现，单纯从口底肿瘤本身着眼，忽视其它部位的检查是不应该的。

3. 小结　临床上病史不典型，症状和体征相互交叉，掩盖是医生经常遇到的情况。思路过于狭窄，仅从本专业范围或病变局部思考问题又是医生经常犯的错误。两者都很容易引起误诊，此类例子举不胜举。本病例因上述两方面的因素，特别是医生本身的因素，给患者造成了不应有的伤害，教训是沉痛的。

（魏孝才）

上颌第三磨牙阻生开口受限误诊为颞下颌关节紊乱综合征

【病史】 女，35 岁。因张口受限 3 年，于 1992 年 6 月来诊。患者 3 年前因上颌

磨牙区不明原因疼痛、双面颊肿胀,重度张口受限,畏寒发热,应用大剂量青霉素静脉滴注,治疗一周后,双面部肿胀消退,疼痛缓解,但张口受限仍严重,仅能塞进薄片食物,颞下颌关节X线片无异常,拟诊为"颞下颌关节紊乱综合征",应用针灸,中药消炎止痛,活血化瘀,及封闭理疗等方法,症状仍未见改善。既往无全身慢性疾病。

【查体】 全身消瘦,无力,面颊对称,双侧乙状切迹处压痛明显,张口度1.5cm,关节区检查无弹响。$\frac{6|6}{6|6}$中性咬合,前牙无深覆盖覆𬌗。$\underline{8|8}$对称性颊向低位阻生,冠萌出约1/4,𬌗面深龋,探诊(++),叩诊(+),无松动,冠周有脓性分泌物,$\frac{|8}{|8}$相对颊部及咽前方粘膜约1.5cm×1.5cm之糜烂面,中央凹陷,边缘充血突起,部分粘膜已角化,表面有黄白色假膜覆盖,溃烂边缘切取病理,诊断为"炎性肉芽组织"。$\overline{8|}$稍偏颊侧近中斜位萌出,其它未见异常。

【初步诊断】 ①$\frac{|8}{|8}$颊向低位阻生;②双颊粘膜褥疮。

【治疗】 对症处理:应用抗生素控制炎症,分期拔除$\frac{|8}{|8}$,术后半月复诊,拔牙创及颊粘膜病损Ⅰ期愈合,张口度增大至2cm,嘱患者以楔状硬木块递增式咬合增大开口度。随访半年,患者张口度恢复正常(>3.5cm),体质增强,体重增加,一年后复诊开口度正常(>3.7cm)。

【术后病理诊断】 送检组织为炎性肉芽组织。

【分析】

1. 误诊误治常规思路原因

(1)上颌磨牙后区不明原因疼痛、双颊部肿胀,极度张口受限,并畏寒发热,虽诊断不明确,但局部肯定有炎症浸润,应用青霉素消炎治疗是正确的。

(2)当消炎治疗后,肿胀消退,疼痛缓解,但张口受限仍严重存在,此时想到咀嚼肌痉挛引起张口受限,随之应用封闭解痉,通常也是这种思路。

(3)前述治疗无效时,拟诊为"颞下颌关节紊乱综合征"后,故而长期选用封闭理疗关节,针灸,中医消炎止痛,活血化瘀治疗。这也是通常临床医生操作治疗程序,但本次还是以失败而告终。

2. 本病案的特点　上颌磨牙后区不明原因疼痛,面颊肿胀,是炎症的临床表现特征。重度张口受限是首要的体征之一。当抗炎治疗后,肿胀消退,疼痛缓解,而张口受限仍严重存在,在未弄清诊断的情况下拟诊为颞颌关节病,行封闭治疗,中医消炎止痛,症状仍无改善。

3. 教训　在掌握了疾病的全面病情后,必须找出其特殊之处,忽略了其特殊性,只注意到共性时,易引入误诊。

(1)本病例中所患疾病"双侧上颌第三磨牙低位阻生"与被误诊为的疾病"颞𬌗关节功能紊乱综合征"在该患者身上共有的特点:不明原因的疼痛,重度张口受限。

(2)通常情况下,颞下颌关节紊乱综合征的特点:

1)下颌骨运动异常,开口型改变,关节局部症状突出。

2)封闭、理疗,消炎、止痛肯定有效,张口受限有不同程度的改善。

(3)误诊原因分析:

1)上颌磨牙后区疼痛,面颊肿胀,重度张口受限,在应用有效抗菌素治疗后,炎症消退,疼痛消失,但张口受限仍较严重,医生应扩展思路,究其张口受限的原因。特别当对颞颌关节紊乱综合征综合治疗无效时,应想到肯定是其他疾病。

2)被误诊疾病"双侧上颌第三磨牙低位阻生"的特点:①单侧上颌第三磨牙阻生或埋伏,临床常见,面双侧对称性发病则少见;②上颌第三磨牙低位阻生引起重度张口受限,亦较罕见。其主要原因是炎症长期刺激颞肌肌腱下颌升支前附着和喙突颞肌附着以及翼内外板附着的肌肉发生持续性痉挛所致;③颊粘膜溃烂是咬合创伤所致;④$\big|\frac{8}{8}$ 殆面龋病及炎症可发生疼痛,⑤痛苦很大,因不能进食,日久则身体消瘦。

3)由于上颌第三磨牙埋伏或低位阻生,周围组织的炎症可被有效抗生素暂时控制,但病源牙的反复刺激,在未除去病灶之前,张口受限,势在必然。

4. 小结　应该说,上颌第三磨牙低位阻生,对称性发病,刺激咀嚼肌引起极度张口受限,临床上较少见。由于病源牙的反复刺激,周围软组织发生炎症,在未被认识之前,当被抗生素有效地控制之后还存的开口困难,多考虑来自颞下颌关节紊乱综合征,所以进行了综合治疗。

(1)当应用常规有效的手段治疗后,不仅无效,反而重度开口困难,医生必须扩大思路,想到本病的实质所在及其潜在的特殊性。

(2)口腔颌面部解剖关系复杂,本病例第三磨牙低位阻生刺激了影响闭口的咀嚼肌,使开口重度困难,医生应及时想到局部的解剖关系能解释出现的临床症状和治疗效果。颞肌在下颌骨喙突及升支前缘的附着与第三磨牙阻生部位关系密切,炎症浸润即可影响开口度,何况翼内外板处所附着的翼内肌也受刺激,开口受限是必然的。

(3)本病例最突出的特点就是重度开口受限,抗炎治疗无效,根据这一特点,去想到有关致病的可能,最后拔除上颌低位阻生第三磨牙,开口度逐渐增大,至完全恢复。

(杨佑成　邓　婧)

放疗3年后智齿冠周炎误诊为鼻咽癌复发

【病史】 男,52岁。鼻咽癌放疗后3年,左面部肿痛,极度开口受限三个月,于1995年5月10日入院。患者3年前因患鼻咽癌行放射治疗。放疗后经耳鼻喉科大夫多次检查,各项指标均阴性。患者一切正常。3个月前,左下颌后牙痛伴左面部肿胀,并极度开口困难(开口度0.3cm)。应用青霉素1200万单位静脉滴注,治疗一周后,肿胀消退,开口度增大,能容纳2横指。几天后上述症状又重复出现,反复治疗多次,效果欠佳。昨日因左面部肿胀明显,不能开口(开口度0.1cm),以鼻咽癌复发侵犯咀嚼肌致张口受限而收入院,治疗观察。既往史有左下后牙反复发作性牙痛病史。

【查体】 面部不对称,T38.0°C BP14/11kPa,左腮腺区弥散肿大,皮肤呈暗紫色,有凹陷性水肿,开口极度受限(开口度0.1cm),左上下颌磨牙后区溢脓,轻压左面颊部,溢脓增多。左腮腺导管通畅无溢脓。颌下及颈部淋巴结无肿大。口腔内因不能张口未查。

【辅助检查】 鼻咽部经纤维导光鼻咽镜检查,无异常发现。血常规检查,白细胞

增高为 12.6×10^9/L，血色素 125g/L，中性粒细胞 0.88，胸片正常，双肺正常。曲面断层：左下颌$\overline{|8}$垂直低位阻生，$\overline{8|}$近中斜位阻生。CT 示左翼腭凹，嚼肌区均未发现肿瘤。

【初步诊断】 左下颌阻生智齿冠周炎并嚼肌间隙感染。

【治疗】 大剂量抗生素静脉滴注一周，口泰液含漱口，嚼肌间隙切开引流（放出脓液 15ml）开口度增大为 2cm 时，局麻下拔除$\overline{|8}$，切取周围软组织送检。术后病理诊断为$\overline{|8}$冠周炎性肉芽组织。治疗后体检正常。血常规化验值均正常。鼻咽检查（活检）未发现肿瘤。患者 20 天后痊愈出院。

【术后病理诊断】 $\overline{|8}$冠周炎性肉芽组织。

【分析】

1．误诊误治的思路原因

（1）鼻咽癌放疗后张口受限，临床上多被考虑为鼻咽癌复发并侵犯翼内肌使张口受限，继发感染时致左面颊部肿胀。体温增高，血象增高，首先应用抗生素治疗是正确的。

（2）抗感染的同时，进行鼻咽检查、CT 检查，以取得鼻咽癌复发的诊断依据，这也是常规思路及临床医生检查程序。

（3）当上述检查不支持鼻咽癌复发诊断时，化验白细胞增高，抗炎治疗有效，而且有以往抗炎治疗，开口度可增大，又想到因炎症致开口受限的可能性，即摄曲面断层片，观察左下颌阻生齿的情况，这也是常规思路。

2．本病案的特点　鼻咽癌放疗后张口受限，经多项检查找不到可靠的诊断依据。$\overline{|8}$阻生，其冠周炎的发生是常见的，当继发嚼肌间隙感染时，引起张口受限是首要体征之一。相继进行了有效的治疗去除了病因，使患者从癌症中解救出来，炎症性张口受限得到改善。

3．教训　临床工作中，开口受限最常见原因为智齿冠周炎侵犯颞肌，并发间隙感染时侵及嚼肌，使张口受限，往往忽略了恶性肿瘤浸润性生长侵犯咀嚼肌使张口受限。当特别注意到此点之后，却偏偏被常见、多发的炎症性张口困难取而代之。

1．本病例所患疾病（智齿冠周炎）与被误为之疾病（鼻咽癌复发）在该患者身上共有的特点：左面颊部肿胀，$\overline{|8}$垂直位阻生，冠周炎，极度张口受限。

2．鼻咽癌复发的特点

1）鼻咽检查及活组织检查可获得阳性结果。

2）张口受限渐进性加重，抗炎治疗不能改善症状。

3．误诊原因分析

1）张口受限是临床常见的症状，大多数情况下由智齿冠周炎或颞下颌关节病引起。恶性肿瘤若侵犯咀嚼肌时也可引起张口度的改变。最常见是翼腭凹肿瘤，鼻咽部肿瘤。本病例为鼻咽癌放疗后，若发生复发或转移时可侵犯翼内肌，引起张口受限。失误的主要原因就在于医生的思路被其所惑，始终停留在某一疾病上，而忽略了常见的智齿冠周炎症所致张口受限这一疾病。

2)被误诊疾病“智齿冠周炎”的临床特点:①临床常见多发。②智齿发生阻生(垂直低位易发)。③早期冠周炎症,晚期可并发间隙感染。④张口受限常见。⑤抗炎治疗有效。⑥拔除智齿可以根治。

3)患者因患鼻咽癌放射治疗,随时都有复发的可能性,本病例虽将炎症性张口受限误诊为鼻咽癌复发,进行了各项有关检查,这是正确的。应该说在排除了恶性肿瘤复发的可能性后,为思路扩展,找到其本质的特殊性,诊为炎症致张口受限。

4.小结

(1)本病案将常见病误诊为少见病,其主要原因是鼻咽癌放疗后。因复发可致张口受限,受这一因素的影响,医生首先想到此病,并进行各种检查而陷入误诊。

(2)口腔颌面部解剖结构复杂,每位患者的病情必须紧密结合临床症状,分析局部解剖能否解释该病的临床表现和治疗效果。颞肌在下颌骨升支前外侧附着,嚼肌在下颌体外侧附着,翼内肌在下颌角内侧附着,炎症刺激可使张口受限,大剂量抗生素治疗明显有效,这是本病例的特点。

(3)通过积极的治疗,拔除$\overline{|8}$,患者全部症状消失,开口度增大至3cm,鼻咽及淋巴结各项检查均无异常,故而排除鼻咽癌复发之可能。

(杨佑成)

上颌窦癌开口受限误诊为$\underline{8|}$牙周病性根周炎

【病史】 男,58岁。因$\underline{8|}$松动拔除后张口受限,伤口半年不愈合,于1991年8月入院。患者半年前因$\underline{8|}$松动,咬合痛,牙周有脓性分泌物,“以$\underline{8|}$牙周病,根尖周炎”在当地医院拔除。拔牙后伤口不愈合,仍有脓性分泌物。术后月余张口受限,曾用抗生素和局部伤口冲洗治疗,因无效而于同年9月10日入本院治疗。

【查体】 患者消瘦,呈慢性病容,右面颊部稍肿,张口度0.5cm,$\underline{8|}$缺失,伤口未愈合,颊侧可见0.5cm直径的瘘口,溢脓,探诊与上颌窦相通。颌下及颈部淋巴结肿大。

【辅助检查】 血、尿、便常规检查无异常,胸透阴性。瓦氏位、副鼻窦断层X线片及CT检查,显示右侧上颌窦内侧壁破坏,窦腔、鼻咽部及筛窦后壁占位病变伴骨缺损,右侧翼突骨质破坏吸收,$\underline{8|}$拔牙创瘘口处行搔刮活检。病理诊断为右上颌窦鳞状细胞癌Ⅱ级。

【初步诊断】 右上颌窦鳞状细胞癌。

【治疗】 因患者体质差,不易手术,故行保守治疗。给予长春新碱、环磷酰胺和平阳霉素治疗;另外,还给予转移因子和中医中药治疗。因治疗无效,于同年12月21日死亡。

【术后病理诊断】 右上颌窦鳞状细胞癌Ⅱ级。

【分析】

1.误诊误治常规思路原因

(1)$\underline{8|}$松动,牙周溢脓性分泌物,咬合痛,多被考虑为“牙周病”“根尖周围炎”,应

用拔牙的方法是正确的。

(2)拔牙后伤口不愈合,有脓性分泌物伴张口受限,可能拔牙创感染未被控制,炎症扩散至翼腭凹,刺激翼内侧板附着的翼内肌,使张口受限,随之应用抗生素和局部伤口冲洗,消炎引流,通常也是这种思路。

(3)当前述保守治疗无效,又仔细检查拔牙创口,可见有0.5cm直径的瘘口,溢脓,随即用探针探查瘘口,此时发现溢脓的瘘口与上颌窦相通。也是通常临床医生诊断检查操作程序。相继作了X线、CT、活检。

2.本病案的特点　㉄松动,咬合痛,牙周溢脓性分泌物,是牙周病到牙齿松动,根尖周炎常见的临床体征之一。但患者应用常规有效的根治性拔牙治疗后,不仅无效,反而病情加重,张口受限,不仅未引起医生的高度警惕,竟再使用消炎药和冲洗治疗等保守措施,延误病情,使肿瘤加速浸润扩散。

3.教训　临床上常见多发的症状,使医生忽略了某些疾病的特殊性、隐匿存在的危险性,难辨真伪,引入误诊。

(1)本病例中所患疾病(上颌窦癌)与被误诊为的疾病(牙周病性根周炎),在该患者身上共有的特点:㉄松动、牙周溢脓,开口受限。

(2)牙周病性根周炎的特点:

1)消炎治疗肯定有效。

2)拔除病患牙肯定可以根治。

(3)误诊误治原因分析:

1)按误诊为的疾病"牙周病致根周炎",常规有效的治疗方法拔除患牙,应能根治,相继应用消炎、冲洗等治疗方法,不仅无效,反而开口受限,病情加重,医生应扩展思路,不应始终停留在常见病多发病上,应想到其它疾病的最大可能性。

2)被误诊疾病上颌窦癌的特点:①因肿瘤位于上颌窦内,早期无症状。②上颌窦内壁肿瘤可出现鼻塞、鼻衄;③上颌窦上壁肿瘤,眼球突出,移位,出现复视;④上颌窦外壁肿瘤时,面颊肿胀;⑤上颌窦后壁肿瘤,侵入翼腭凹引起张口受限;⑥上颌窦下壁肿瘤,牙齿松动,疼痛,牙周炎而将牙拔除;⑦体层摄片CT检查对病变波及范围的确定甚为重要。

3)开口困难是一典型的临床症状,牙源性开口困难,在去除患病牙后,应得以恢复。医生绝不能把常见病,多发病引起开口困难的症状、体征,套用在具有共性的患者身上。肿瘤侵犯咀嚼肌,引起开口困难,应寻找每一种疾病具有鉴别意义的特殊所在。

4.小结

(1)对临床常见病:多发病采用常规有效的治疗方法医治,不仅无效,反而病情加重,医生必须扩大思路,想到其他疾病的可能性。

(2)对部位深在、隐蔽、且不宜早期发现的上颌窦癌,临床上出现浸润并发症状时,已属晚期。最突出特点是在窦内浸润性生长当侵犯翼腭凹使张口受限时,消炎治疗则无效果。

(3)上颌窦癌的早期诊断常是治疗能否成功的关键。临床医生应有高度的警惕性,应与牙周病、根尖病、慢性上颌窦炎等注意鉴别。可借助上颌窦穿刺液涂片、穿刺活检,上颌窦 CT 检查,X 线体层摄片等方法明确诊断,必要时行上颌窦探查术,以便早期发现,及时治疗。

(杨佑成)

破伤风开口受限误诊为智齿冠周炎

【病史】 女,48 岁。进行性张口受限 2 周,于 1996 年 5 月 14 日入院。患者 2 周前下颌后牙痛,伴张口受限,进行性加重。诊断$\overline{|8}$冠周炎,经抗炎治疗一周,局部炎症消退,但开口度无明显改善,继续抗炎治疗,张口度不仅未改善,反而逐渐缩小至 0.5cm。疑为下颌关节病拍片未发现颞颌关节异常;疑为肿瘤行 CT 检查未发现翼腭凹肿瘤。因诊断不明确收入院。

既往史:患者于 3 周前患"中耳炎",耳道流脓,行冲洗治疗,无外伤史。

【查体】 中年女性,神志清,哭笑面容,牙关紧闭(开口度 0.1cm),颈项抵抗感较明显,背部及胸部肌肉紧缩感,口腔内因不能开口未查清楚。颌下淋巴结不大。神经系统检查除全身肌肉紧张外,无病理反射。耳鼻喉检查左耳化脓性中耳炎致鼓膜穿孔。

【辅助检查】 白细胞:10×10^9/L,血红蛋白 126g/L,N:0.75,L:0.15;肝肾功能无异常。

【初步诊断】 ①破伤风;②化脓性中耳炎。

【治疗】 ①对症治疗。②请外科会诊以"破伤风"转科治疗。

随诊 2 月,经外科治疗病情好转,开口度情况正常。

【最后诊断】 破伤风(中耳炎外耳道冲洗所致)。

【分析】

1. 误诊误治常规思路原因

(1)$\overline{|8}$阻生,开口受限,牙周局部炎症,多被考虑为"智齿冠周炎",应用抗炎药物治疗术是正确的。

(2)当消炎治疗效果不好,开口度进一步缩小,磨牙后区触疼,又想到炎症刺激颞肌下颌升支前附着而致张口受限,再解痉抗炎治疗,通常也是这种思路。

(3)上述保守治疗无效,开口度进一步明显缩小,进行颞砧关节摄片。这也是常规临床检查程序。

(4)当疑诊为翼腭凹肿瘤时,行 CT 检查,结果双侧翼腭凹未发现肿瘤。开口度明显缩小,牙关紧闭,颈项强直,甚至已出现角弓反张。

2. 本病案特点 $\overline{|8}$阻生,冠周炎症,进行性张口困难,是临床常见的体征之一。但反复抗炎治疗,症状不仅未减轻,反而进行性牙关紧闭,颈项强直,不但未引起医生的警惕,反而疑为颞颌关节病行颞砧关节摄片检查;疑为翼腭凹肿瘤行 CT 检查,其结果是病情仍在进展,牙关紧闭,颈项强直,角弓反张。

3. 教训

(1)本病例所患疾病“破伤风”与被误诊为的疾病“智齿冠周炎”在该患者身上的共同特点：┌8阻生，冠周炎，进行性开口困难。

(2)被误诊为的疾病智齿冠周炎的特点：

1)消炎治疗肯定有效。

2)拔除患牙可以根治。

(3)误诊误治原因分析：

1)被误诊疾病经常规有效的药物多次治疗，症状不但不能缓解，反而进行性加重，应引起医生的高度警惕。医生虽能想到颞下颌关节。翼腭凹肿瘤可引起张口度改变，行摄片检查及CT检查，但都不能解释其进行性张口困难乃至牙关紧闭这一临床症状，更没想到除去常见病、多发病能引起张口受限外，还有化脓性中耳炎冲洗治疗后，引起破伤风致牙关紧闭，肌肉强直性收缩，这一少见病例。

2)被误诊疾病破伤风的特点：①受伤病史明确；②潜伏期平均6～10天；③典型临床症状有：哭笑面容，面肌强烈收缩，牙关紧闭，颈项强直，角弓反张；④光线，声响、震动可诱发全身肌肉的痉挛性抽搐；⑤持续性呼吸肌和膈肌痉挛，可造成呼吸停止；⑥病人一般为清醒状态，无高热；⑦病程一般为3～4周。

3)口腔科医师一般只注意到局部的张口困难或引起张口困难的常见病、多发病，而对少见病例认识不足。有明显外伤史的病人，伤后一周患病，可想到破伤风的可能；对于化脓性中耳炎冲洗等常规治疗后而引起破伤风还认识不足，而错误诊断和治疗。

4. 小结

(1)对首诊病例采用常规有效的治疗方法，多次治疗后，效果欠佳，应引起医生的高度警惕。本病例因化脓性中耳炎引起破伤风致牙关紧闭，造成误诊。

(2)张口受限乃至牙关紧闭，临床上许多局部因素如智齿冠周炎侵犯颞肌下颌升支前附着，使张口受限；翼腭凹肿瘤侵犯翼内肌可致张口受限；颞下颌关节病本身，可以使下颌运动异常，发生张口受限。误诊的原因所在，有许多医生始终把思路停留在常见病、多发病上，而没有想到一些少见疾病，也是重要的误诊原因。

(3)根据受伤病史和临床表现，一般可及时对破伤风作出正确的诊断，但对仅有某些前驱症状的病人，诊断即比较困难，需提高警惕，密切观察病情，以免延误诊断。

（杨佑成）

破伤风开口受限误诊为急性化脓性颞下颌关节炎

破伤风是一种由梭状芽孢杆菌感染引起的疾病，以全身性肌肉痉挛和强直为特征。破伤风目前仍时有发生，全世界每年可能有30～50万例，死亡率约为45%。

【病史】 男，33岁。因张口困难1天，于1982年8月17日就诊。患者1天前出现张口困难、影响进食。追问病史10天前左耳痛，曾口服消炎药无效，7天前使用从游医处购买的药膏涂擦外耳道效果不著，继续使用2天后外耳道流脓血性分泌物，耳

痛明显减轻,近日仍每日自涂药膏多次。查体见左外耳道前壁充血,左耳屏压痛,张口困难Ⅱ度,诊断为继发于外耳道疖的急性化脓性颞下颌关节炎,给予青霉素800万单位静脉点滴无效。次日出现牙关紧闭、颈部强直入院。近期无其他外伤史。

【查体】 神志清,急性病容,苦笑面容,张口困难Ⅲ度,颈部强直,双上肢痉挛。双侧颞下颌关节未触及异常。左侧外耳道前壁暗红色充血,耳屏轻压痛。心肺无异常。

【初步诊断】 破伤风。

【治疗】 住普通外科经镇静、解除肌肉痉挛、肌肉注射人破伤风免疫球蛋白,静脉滴注大剂量青霉素等治疗20余日治愈出院。

【分析】

1. 原误诊医生的常规思路原因

(1)本例因张口困难就诊,又有外耳道感染病史,故首先考虑了外耳道感染导致急性化脓性颞下颌关节炎。

(2)由于口腔科医生极少见到破伤风病人,对本例较明显的破伤风早期症状和病史未予充分重视。

2. 本病案特点　本例系耳部感染后滥用非法药物导致的破伤风,由于感染部位与颞下颌关节毗邻,对诊断产生一定的误导,致使首诊时未能及时发现,待次日出现更明显的症状后方得确诊。

3. 教训

(1)本病例中所患疾病(破伤风)与被误诊为的疾病(急性化脓性颞下颌关节炎)在该患者身上的共同特点:张口困难、颞下颌关节压痛。

(2)通常急性化脓性颞下颌关节炎的特点:

1)多有颞下颌关节附近的化脓病灶。

2)张口困难、颞下颌关节痛。

3)查体见颞下颌关节红肿、压痛,尤其不能上下对殆,稍用力即可引起关节区剧痛。

4)颞下颌关节侧位X线片示关节间隙增宽。

(3)误诊原因分析

1)对破伤风的发病情况及临床特点缺乏了解,未能将病史、症状、体征全面考虑,思路局限于本专业的常见病。此外,对病人的临床表现未作认真分析,疼痛的性质、程度及其体征等均不符合急性化脓性颞下颌关节炎,但却未能重视。

2)被误诊疾病(破伤风)的特点:

①潜伏期:一般伤后1~2周,80%的病人在伤后2周内出现症状。

②前驱症状、非特征性症状:头痛、头晕、乏力、兴奋、烦躁、失眠、呵欠、伤口疼痛。特征性症状:下颌紧张,张口不便,吞咽困难,嚼肌、颈项部和背腹部肌肉紧张、酸痛。

③典型表现:牙关紧闭,面肌痉挛而形成"痉笑或苦笑",随之出现全身肌肉紧张和阵发性抽搐。发作时,神志清醒,表情痛苦,牙关紧闭或磨牙,全身呈角弓反张状,

手足抽搐，大汗淋漓，面唇青紫，呼吸困难。

4. 小结

(1)破伤风仍然是常见的感染之一，其前驱症状常为下颌紧张、张口不便、吞咽困难、嚼肌酸痛等，口腔科医生应熟悉其临床特点，以便及时发现、及时治疗，否则可能危及生命。

(2)本例外耳道感染后滥涂药膏系导致破伤风发病的原因，需加强法制和宣传，改善医疗服务，根除此类现象。

(孙　彦)

鼻咽癌开口受限误诊为颞颌关节紊乱综合征

【病史】 男，39岁。因左耳流脓12年、持续性头痛4月、张口困难2月就诊。患者12年来左耳经常流脓，经药物治疗无显著效果，脓液恶臭。近4月来左侧头痛，为持续性钝痛，渐加重。曾查体见左鼓膜松弛部穿孔，鼻腔及鼻咽部未见异常。摄乳突Schüller位和Mayer位X线片，示左侧乳突胆脂瘤形成，颅脑CT未见异常。诊断为左侧慢性化脓性中耳乳突炎(胆脂瘤型)，于3月前局麻下行乳突根治术，手术顺利，术中见鼓窦，上鼓室胆脂瘤形成，鼓室盖及乙状窦骨质完整。术后头痛症状无缓解，经抗感染治疗无效，2月前渐出现张口困难及张口耳前痛，偶有后吸性涕血。

【查体】 一般情况好。左侧乳突根治术腔无感染，左侧颞颌关节压痛，张口困难Ⅱ°，开口时下颌向左侧偏斜。颈部未触及包块。薛氏位X线片未见异常。

【初步诊断】 颞颌关节紊乱综合征。

【治疗】 地塞米松局部封闭加超短波理疗2疗程无效，为排除颞下颌关节骨质改变而行CT扫描，发现鼻咽部左侧肿瘤，侵犯颞下窝及翼腭窝。于鼻咽部活检为低分化鳞状细胞癌，转肿瘤科放疗。

【病理诊断】 鼻咽部鳞状细胞癌。

【分析】

1. 原误诊医师常规思路的原因

(1)本例首先就诊于耳鼻咽喉科，以耳流脓、头痛为主要症状，有鼓膜松弛部穿孔、恶臭耳漏等体征，X线片示乳突胆脂瘤形成等表现，符合典型的慢性化脓性中耳乳突炎(胆脂瘤型)。为排除耳源性颅内并发症，行颅脑CT扫描未见异常，故只考虑中耳乳突炎，未进一步深入分析可能存在的其他原因。而颅脑CT扫描未见异常更促使思路局限于中耳乳突炎。

(2)就诊时曾对鼻咽部进行过常规检查，CT扫描亦未提示鼻咽癌的疑征，因而完全未考虑到存在鼻咽癌的可能而进一步进行有关检查。

(3)当行乳突根治术后症状无改善，出现颞颌关节痛、张口困难、下颌偏斜等表现时去口腔科就诊，接诊医生考虑为颞颌关节综合征，而未能将症状出现的前后过程联系起来全面考虑，未考虑到可能导致这些症状的其他原因，未进行详尽的检查。经治疗无效而行CT扫描时偶然发现鼻咽部肿瘤，方使本例得以确诊。

2. 本病案特点　本例系一长期患慢性化脓性中耳炎的病人发生鼻咽癌。首先就诊于耳鼻咽喉科，发现左侧中耳、乳突胆脂瘤形成而行乳突根治术；术后头痛无好转，且随之出现张口困难，酷似颞颌关节综合征，按颞颌关节综合征治疗无效而进一步行 CT 扫描时方发现鼻咽癌。致使病人在出现症状后 4 个月之久方得确诊，此时病变已广泛侵犯颅底。

3. 教训

(1)本例所患疾病(鼻咽癌)与被误诊为的疾病(颞颌关节紊乱综合征)在该患者身上的共同特点为均有一侧头痛、张口困难、口型异常及耳部症状。

(2)颞颌关节综合征的特点：下颌运动异常，开口型改变，关节疼痛和弹响，用理疗等方法有效。

(3)误诊原因分析

1)本例以较为典型的慢性化脓性中耳乳突炎(胆脂瘤型)的临床表现就诊于耳鼻咽喉科，经常规查体、CT 扫描均未发现其他异常。通常慢性中耳乳突炎(胆脂瘤型)在无并发症时虽可能有头痛症状，但以头痛为主诉者却极少，而本例头痛症状突出，却未进一步检查可能导致头痛的其他原因。

2)本例行乳突根治术后 1 月出现耳前痛及张口困难、口型异常就诊于口腔科，考虑到中耳炎已手术治愈，又未注意存在偶有后吸性涕血这一极为重要的症状，才拟诊为颞颌关节综合征。虽然颞颌关节综合征可导致头痛，但其主要表现在开口和咀嚼时关节区或关节周围的疼痛。本例就诊于口腔科时虽有此类疼痛，但却还有持续性一侧头痛，此时若注意到头痛性质与颞颌关节综合征的症状不符，而进一步寻找病因，或可更早地确诊。本例最后系在 CT 扫描时偶然发现鼻咽癌，方想到颞颌关节功能障碍系鼻咽癌侵犯颞下窝、翼腭窝所致。

3)本例最初就诊时属隐匿型鼻咽癌，早期症状不明显，无涕血、鼻塞等症状，咽鼓管阻塞的症状又因存在慢性化脓性中耳乳突炎而被掩盖；鼻咽部体征在最初就诊时未能发现，CT 扫描亦未发现鼻咽部病灶，故甚易误诊。若此时想到鼻咽癌的可能，行血清 VCA-IgA 等检测、定期随诊或可更早地确诊。

4)被误诊疾病(鼻咽癌)的特点：

①鼻咽癌在耳鼻咽喉科及口腔科方面的表现包括：耳鸣、耳闭塞感、传导性聋、鼻出血、后吸性涕血、鼻塞、咽喉不适、语音改变、咽痛、舌咽障碍、张口受限等。

②颈部改变：主要为颈上部淋巴结转移所致的颈部包块，随着病情的发展，任何颈淋巴结均可能受累。

③颅神经受累的表现：鼻咽癌可向上直接侵犯，破坏颅底骨质，或经颅骨孔道或裂隙侵入颅内，导致Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ等颅神经损害；也可因其颈部转移灶扩展到茎突后间隙及颈静脉孔附近，引起Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ等颅神经的损害。这些颅神经受累后可表现出相应的症状和体征。

④头痛：头痛是鼻咽癌患者常见的，且可能为最先出现的唯一症状，其特点是常为持续性，可表现为胀痛、闷痛、扎紧性头痛、搏动性头痛等，偏于一侧，部位较固定。

颅底骨质或颅神经受侵犯时头痛更剧，且常伴有颅神经损害的其他症状。当三叉神经受侵犯而完全麻痹时，头痛有时消失，但仍有颅神经受累的其他症状。

⑤颅底破坏：鼻咽部与颅底骨毗邻，因鼻咽癌易在粘膜下浸润扩散，故常合并颅底破坏，这些病人中许多并无颅神经症状。颅底侵犯常发生于卵圆孔、棘孔、翼突内板、破裂孔、岩骨、蝶骨大翼、圆孔、枕骨斜坡、蝶鞍、蝶窦等处，其中以卵圆孔、翼突、棘孔受累为多见。

⑥远处转移的表现：以骨、肺、肝等转移多见。

4．小结

(1)本例系一鼻咽癌患者，同时又患有慢性化脓性中耳炎(胆脂瘤型)，行乳突根治术后症状未见好转，又出现酷似颞颌关节综合征的表现，临床表现错综复杂，导致反复误诊。

(2)我国是鼻咽癌发病率最高的国家，鼻咽癌发病率居头颈部恶性肿瘤的首位，该病临床表现十分复杂，症状涉及临床多科室，因此在临床上遇到鼻咽癌疑征时应注意全面询问病史、详细体检、及时进行必要的辅助检查。本例以头痛为主要症状，耳部症状为中耳炎所掩盖，鼻出血及局部体征出现较晚，但若及时想到本病，注意分析头痛特点，注意后吸性涕血的重要症状，注意分析手术后症状无改善的特点，或许可早日确诊。

(3)当遇到头面部疼痛、张口困难等症状时，应特别警惕头颈部深层恶性肿瘤的可能，以免误诊或漏诊。

(4)对近期出现下列症状之一者均应想到鼻咽癌的可能，需仔细检查鼻咽部，甚至反复追踪检查：原因不明的耳闭、耳鸣、听力下降或耳痛，特别是单侧者；原因不明的持续性、顽固性头痛；颈部渐进性、无痛性包块；原因不明的颅神经损害，特别是多组颅神经损害；持续性涕中带血。

（孙　彦）

鼻咽癌开口受限误诊为智齿冠周炎

【病史】 男，19岁。进行性张口受限4个月，患者4月前因左下后牙经常疼痛和张口受限，数日来反复发作多次。口腔检查：$\overline{|8}$近中阻生，冠周软组织轻度红肿，口腔内其它软组织未见异常。拟诊为"$\overline{|8}$阻生，伴慢性冠周炎"。当时在局麻下将$\overline{|8}$拔除。一月后曾多次复诊，诉拔牙后伤口疼痛、张口受限进行性加重。经X线片检查未发现异常，创口经局部搔刮，抗炎治疗，疼痛仍无改善。后经详细追问病史，拔牙一月后除伤口疼痛、张口受限加重外，同时伴有左侧头面部持续性剧烈疼痛，并有鼻衄及左侧耳鸣，听力减退等症状。

【查体】 颌面部双侧对称。开口度1.8cm，左下后牙拔牙创已愈合。口内左侧翼下颌韧带区无压痛，口外下颌角内侧翼内肌区轻度压痛，软腭无异常。耳鼻喉科会诊检查发现鼻咽顶部偏左有一红色新生物突起。

【初步诊断】 鼻咽癌($T_3N_1M_0$)。

【病理诊断】 低分化鼻咽癌。

【治疗】 放射治疗。

【分析】

1．医生常规思路原因

(1)患者$\overline{|8}$阻生，冠周软组织轻度红肿，伴开口受限，多被拟诊为智齿冠周炎，在慢性病程中，即刻拔除患牙，去除病灶是常规治疗措施。

(2)拔牙一个月后多次复诊，伤口出现疼痛，并张口受限加重，可能因牙槽窝慢性感染刺激，颞肌肌腱下颌升支前缘附着而致。行局部搔刮，进一步清除病灶，但以失败而终。

(3)局部搔刮治疗后，仍不能改善症状时，再仔细询问病史，除局部疼痛、张口受限外，且有左侧头面部剧痛、鼻衄、耳鸣等症状，而想到查鼻咽部，这也是通常临床医生诊断的程序。

2．本病案的特点 $\overline{|8}$近中阻生，伴冠周慢性炎症是临床常见症状，引起张口受限也是首要体征之一。但患者反复多次到口腔科就诊，历时达4个月之久，期间虽经局部搔刮牙槽窝，但仍不能止痛，反而更加重病情，最后才被怀疑为鼻咽部而活检确诊为鼻咽癌。

3．教训

(1)本病例中所患疾病(鼻咽癌)与被误诊为的疾病(智齿冠周炎)在该患者身上共有的特点：$\overline{|8}$近中阻生，慢性冠周炎张口受限。

(2)通常情况下，$\overline{|8}$阻生伴慢性冠周炎的特点：

1)拔除病患牙肯定可以根治。

2)抗炎治疗、局部搔刮治疗肯定有效。

(3)误诊原因分析

1)本例患者在首次就诊时主诉仅提出左下后牙疼，而未能将左侧头面部疼痛及耳、鼻症状全面叙述，医生又疏于详细询问，检查中恰巧发现$\overline{|8}$阻生与冠周软组织轻度红肿，故而误认为智齿冠周炎反复发作而致牙痛、张口受限。以后伤口疼痛，张口受限加重又误认为与拔牙手术有关，直至最后确诊已延误了不少时间。

2)被误诊疾病(鼻咽癌)的特点：①鼻咽部肿物起病隐蔽，位置深在，原发灶小，早期症状不典型。②耳鸣及血涕是由于原发癌或局部组织水肿阻塞咽鼓管所致，当原发癌突破表面粘膜时，而出现血涕，此症状为临床易较早出现的症状之一，晚期则鼻堵塞或鼻衄。③头痛为鼻咽癌的重要特征之一。破裂口位于咽隐窝上方约1cm，癌肿可循此侵犯，常使位于破裂孔的Ⅴ、Ⅵ脑神经受侵，引起头痛。④鼻咽癌若侵犯翼内肌时，致张口受限或牙关紧闭。翼内肌的深头起自翼外板的内侧面及内外两板间的腭骨锥突后面，侵犯鼻咽侧壁的恶性肿瘤可破坏翼板，激惹翼内肌而出现张口受限。这类病例比较少见，但仍应引起我们足够的重视。⑤早期发现淋巴结转移是鼻咽癌的特征之一，尤其以颈上淋巴结转移多见。

4．小结 鼻咽癌是耳鼻喉科常见的恶性肿瘤，该病因位置隐匿，原发灶小，早期

症状缺乏特征性。常以颈部肿块，开口受限，脑神经的症状首诊于口腔科少见。本病例以左侧下颌牙痛伴张口受限，曾多次就诊于口腔科门诊，历时达四月之久，最后才被疑为鼻咽部肿块取活检确诊。实践中不失误是不可能的，但最大限度减少失误是医生的责任，又是可能的。

(1)首先应用常规有效的治疗方法不仅无效，反而病情继续加重，医生必须扩大思路，寻找每位患者具有鉴别意义的特殊性。

(2)口腔部位解剖关系复杂，有的部位十分直观表露，有的则十分隐蔽，早期症状不突出，如本病例。翼内肌被肿瘤侵犯，开口受限势在必然。

(3)当首次诊治无效时，必须抓住该病最突出的特点。本病例最突出的特点是肿瘤侵犯翼内肌，使其进行性张口受限，伴头痛、鼻衄、耳鸣且听力减退等。再根据此特点，进一步检查，明确诊断，进行治疗。

(杨佑成)

鼻咽癌致关节弹响、开口受限误诊为颞颌关节紊乱综合征

【病史】 青年男性。因左侧颞颌关节弹响、张口受限，双颞部及前额剧疼2年。于1989年12月10日就诊。2年前始左侧颞下颌关节张闭口时弹响，伴颞部及前额疼痛，在当地医院诊断为颞下颌关节紊乱综合征(以下简称TMJDS)，给予消炎痛25mg，强的松10mg，每日三次口服，效果不佳。经软殆垫治疗三个月，无效。近半月来因鼻塞，经耳鼻喉科检查，疑为鼻咽新生物。

【查体】 青年男性，查体合作，精神萎靡。两侧颌下淋巴结轻度肿大，压痛轻度。专科检查：开口度2.5cm，开口型偏斜。双侧颞颌关节均有弹响和压痛。两侧扁桃体不大。

【辅助检查】 摄颞下颌关节X线平片及颞下颌关节上腔造影检查，仍诊断为TMJDS。取活组织检查。病理报告：鼻咽鳞状细胞癌。

【初步诊断】 鼻咽部鳞癌($T_4N_1M_0$)。

【治疗】 转放疗科行放射治疗。

【分析】

1. 误诊误治常规思路原因

(1)关节弹响、张口受限，颞部疼痛，临床上专科医生多考虑为TMJDS，给予消炎痛及强的松口服是正确的。

(2)当前述治疗效果不好，为进一步弄清诊断，作了颞下颌关节X线平片及造影检查，通常也是这种思路和检查程序。

(3)颞颌关节平片及造影显示为关节盘可复性前移位，给软殆垫治疗，这也是行之有效的治疗方法。

(4)用软殆垫治疗3月无效果，仍以失败而告终，因患者鼻部症状，经耳鼻喉检查后，方才发现鼻咽部肿瘤，活检后得到明确诊断，但为时已晚，延误了治疗时机。

2. 本病案的特点　患者因颞下颌关节弹响、疼痛、张口受限伴颞部及前额部剧

痛为主诉，临床及X线检查又符合TMJDS时，医生则很容易做出TMJDS的诊断而忽视了潜在危险疾病鼻咽癌。当用有效药物和软殆垫治疗，不仅无效，反而病情逐渐加重。此仍未引起医生的警惕。虽然根据临床表现及客观检查，TMJDS诊断成立，但是却遗漏了鼻咽癌，显然后者又急需治疗。

3．教训

(1)本病例中所患疾病鼻咽癌与TMJDS，在该患者身上共有的特点：关节疼痛、弹响、张口受限伴颞部及前额剧痛。原发病变隐匿遗漏，后者病人又恰好有颞颌关节病变成为主诉，但治疗又无效果，医生应引起高度警惕。

(2)通常TMJDS的特点：

1)TMJDS四大临床特点存在，X线造影显示关节盘移位。

2)消炎痛、强的松及软殆垫治疗肯定有明显效果。

(3)误诊原因分析：

1)当按误诊疾病常规治疗不仅无效，反而病情加重时，应引起医生的警惕，其思路不能始终停留在某一疾病上，应想到按某一疾病治疗无效时可能是其它疾病。

2)由于临床专业化分工越来越细，医生常不自觉地倾向于着重询问和检查病人与本科专业有关的情况，先入为主地把有关节症状的病人诊断为关节病。或者由于医生的水平所限，疏忽大意，未能及时发现隐匿性疾病的所在。

3)某些颌面部肿瘤，早期没有特殊的临床表现，仅有头痛、面痛、头面部不适感或其它非特异性症状，有的伴有明显焦虑感，如不仔细检查，常不易发现潜在病变。本病例就是如此。

4)鼻咽癌的特点：①发病部位深在，早期又无特异性症状；②侵犯刺激周围肌肉可致关节区、头部疼痛及开口受限。③活组织检查明确诊断。④放射治疗有特殊效果。

4．小结

(1)颞颌关节弹响、疼痛、张口受限伴颞部及额部剧烈疼痛，首次应用常规有效药物和软殆垫治疗，不仅无效，反而病情加重，医生必须扩大思路，想到某些疾病的隐匿性潜在。

(2)TMJDS在人群中患病较多见，而鼻咽癌则相对少见。当病人恰好患有关节疾病时，原发病变隐匿或处在早期，则易误诊漏诊。因此，每位患者的病情必须紧紧结合病情分析，局部症状能否解释该病的临床表现和治疗效果。软殆垫治疗关节盘移位有特殊效果，若治疗无效，应想到是否有其它疾病并存。

(3)本病例最突出的特点就是肿瘤潜在逐渐浸润生长，致使关节症状明显，但按TMJDS治疗无任何效果。根据这一特点，去想到有关疾病那就是鼻咽癌的可能性。并进行必要的检查，或请有关科室会诊，不致于漏诊、误诊。

（杨佑成）

由Hunt综合征引起多种神经麻痹的误诊

【病史】 女，43岁。因咽痛，饮水呛咳月余，伴面瘫1周就诊。患者1月前出现

头痛、咳嗽，恶心，纳差等，同时右侧咽部和耳道疼痛且痒感，并逐渐出现声音嘶哑，饮水时易呛咳，并有水返流鼻腔。在当地医院就诊，考虑为“上感”和“慢性中耳炎急性发作”。用抗生素治疗后症状稍有改善。约1周前患者自觉口角流涎，食物易滞留于右侧口颊部，眼闭合吃力再次就诊，当地医院转入我院。患者自幼有慢性中耳炎病史。

【查体】 右侧面部皮肤感觉迟钝，右眼闭合差，额纹浅，鼻唇沟不清，面部运动时口角偏健侧，右侧外耳道前壁及耳屏有少量灰黄色分泌物，局部表皮水肿，触痛，鼓膜穿孔，有少量脓性分泌物流出。口内：右侧软腭运动功能减退，感觉迟钝，腭粘膜充血，并见数处浅表溃烂面，咽部充血明显，咽反射迟钝，声带运动尚可，双侧扁桃体Ⅱ°大。各大涎腺(－)，同侧颌下、颈部可触及肿大淋巴结、触痛。

【初步诊断】 右侧面神经麻痹(原因待查)。

【治疗】 请耳鼻喉科医生会诊，怀疑为咽旁间隙肿瘤、鼻咽癌或颅内肿瘤。行CT检查：无新生物发现。行颈深上淋巴结取活检术，病理报告为：淋巴结反应性增生。再次请耳鼻喉科与口腔颌面外科的专家及原接诊医生共同会诊，经仔细追问病史，知外耳道前壁及耳屏处“分泌物”并非由耳道深处流出，而是发病初期局部密集小水疱样疱疹溃破后形成。右腭弓处浅表溃烂面原发体征不清，但觉疼痛明显且痒。根据上述表现，考虑为Hunt综合征。在控制中耳感染的基础上应用抗病毒药和血管扩张药以及维生素B族药物，治疗两周后，患者耳部症状消失，声嘶、饮水呛咳症状明显改善，面瘫尚无明显好转，患者出院后继续治疗半月，面瘫基本消失。

【最后确诊】 Hunt综合征。

【分析】

1. 误诊分析　本例患者以头痛、咳嗽、咽痛、呛咳等上呼吸道感染的症状为主诉就诊，又有多年中耳炎病史，使首次接诊医生按常规循患者主诉展开检查和作出诊断，遗漏了外耳道疱疹这一重要体征。当出现面瘫后，也未考虑其他因素，而是转诊了事。再次就诊时，接诊医生除发现初诊体征外，注意到口腔内的阳性体征。但此时具有诊断意义的耳道及腭弓处疱疹已经溃破，而接诊医生亦未能详细追问病史，只是想当然地认为耳道遗留的疱疹遗迹是中耳炎所致，对腭部糜烂的原因亦未探明。接诊医生以软腭麻痹、感觉异常为基础，结合面瘫症状，声嘶症状，得出了多条脑神经受损的结论，考虑到肿瘤也是顺理成章的。排除肿瘤后，经口腔科及耳鼻喉科专家会诊，得出了正确诊断。如果患者在第一次就诊时，经有经验医师仔细检查询问，当时即会得出正确诊断。而无需数次就诊。

2. 本病案特点　Hunt综合征，又称膝状神经节综合征。是带状疱疹病毒引起的疾病。其特征性表现包括耳部带状疱疹、耳痛、耳鸣、面神经麻痹，亦可出现口腔及咽部疱疹，并可伴发声嘶、头晕等症状。虽然此征提出时以疱疹性膝状神经节炎为特点，但事实上，其他脑神经包括Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ对脑神经均可受累。而且通过各神经间的相互吻合扩散。对于病变是否仅限于神经节内亦有人提出疑问。由于症状表现的差异，易误诊、漏诊。如仅出现耳部症状，可误诊为外耳道炎；仅出现面瘫，而耳部

症状不明显又易误诊为贝尔面瘫;当病毒侵及脑部,又可误诊为颅内感染或肿瘤。因此病不很常见,当临床经验不足的医生面对此类症状时,常感思路模糊,不能做出正确的诊断。

3. 教训总结　主诉与病史的不典型,病史采集不全面,加上体征的隐匿、变化和相互重叠,是本病例误诊的根本原因。如患者主诉主要为上感症状,耳痛为次要症状,面瘫症状与上述症状出现的时间间隔较大,且中耳炎与 Hunt 综合征均可引起面神经麻痹,使第一次接诊医生的思路趋向炎症;患者在本院就诊时,病史采集过程中忽略了症状的变化过程,也未仔细追询耳道与腭弓处溃破、糜烂的真正原因,甚至患者痒的症状也未在考虑之内,造成有鉴别诊断价值的重要症状、体征的遗漏。另外,Hunt 综合征属非常见病,同时累及多条脑神经的情况也较少见,诊断时不易考虑到也是客观原因。因此,认真、仔细、充分占有资料,扩大知识面,不断更新知识结构,多多积累临床经验是每个医生时刻面对的问题。

（魏幸才）

第二节　眩晕、语音、气味等异常的误诊

听神经瘤致眩晕误诊为美尼尔病

【病史】 女,50 岁。因"眩晕反复发作 10 年,右侧面神经麻痹 2 年;突发耳聋 2 周收入院。患者 10 年前开始无诱因出现头晕症状。4 年前,曾因剧烈眩晕先后两次在当地医院住院治疗,经常规处理症状缓解。发病时感头重脚轻,视物旋转,似身体在空中漂浮。摇头时症状明显加重,曾多次在当地医院就诊,均诊断为"美尼尔病"。服用镇静、扩张血管药及维生素类有效。对生活及劳动无明显影响。2 年前突然出现口角歪斜,右眼裂闭合不全,进食时食物易在右颊部停留,未治。约半月前,突发右耳耳鸣、失听,并逐渐加重,觉他人讲话听不清,人多环境时尤甚。耳鸣如蝉鸣样,时轻时重,另外,同侧舌根、咽部感觉迟钝,吞咽固体食物有阻碍感。个人史及家族史无特殊发现。

【查体】 生命体征无异常。专科查:右面部表情肌运动功能弱于对侧,额纹浅,眼睑闭合不全,右口角运动时偏左侧。双侧腮腺大小及质地正常,无包块、压痛,导管口(-)。左侧舌体轻度萎缩,舌前 2/3 一般感觉及味觉正常,舌根部较迟钝。软腭形态、功能正常,右侧咽反射弱。耳部症状由耳鼻喉科医生协助检查:耳鼻喉科外表标志未见病变,右侧面神经麻痹,听力检查右耳感觉神经性耳聋,可引出水平及旋转性眼震,振幅粗大,眼底(-),颅神经(-),指鼻试验正常,昂白征可完成,直线行走不稳。实验室检查:血常规、血沉、胸透均正常,HAA(-),肝功(King 氏法):GOT 65 单位,腹部 B 超:肝硬化。X 线检查:内听道摄片:双侧内听道等宽,上、下骨质连续、完整,密度均匀,形态、大小正常。

【初步诊断】 ①美尼尔病。②右侧周围性面瘫。

【治疗】 收入耳鼻喉科病房，给予 ATP，辅酶 A，低分子右旋糖苷，复方丹参，维生素 B_1、维生素 B_{12}等扩张血管、营养神经的药物，连续治疗十余天，病状有所缓解，患者准备出院。为慎重起见，行颅脑和颌面部 CT 扫描，报告为"桥脑小脑角占位性病变"，CT 片示：右侧岩骨近岩尖处后方，桥脑小脑角处有一类圆形边界清晰，质地均匀之软组织影像，周围骨质压迫性吸收。怀疑为桥脑小脑角良性肿瘤，转入神经外科治疗。经全面查体后，于全麻下行肿瘤摘除术，经颞部乳突迷路下入路，摘除一 2.2cm×2cm×1cm 大小肿瘤，病理报告为听神经瘤。术后患者无脑脊液漏等严重并发症，创口愈合良好。术后患者有一过性声嘶、进水呛咳，胸锁乳突肌与斜方肌麻痹等症状。半年后复诊，头晕症状基本消失，听力及面瘫症状无明显改善。

【术后病理诊断】 右侧听神经瘤。

【分析】

1. 误诊误治的常规思路原因

(1)患者曾反复因"头晕"症状就诊，经多家医院诊治，均诊断为"美尼尔病"。此次就诊，多数症状同前，接诊医生很自然地照原有诊断展开思考。

(2)经物理检查及 X 线片检查，未见耳部器质性病变，更加深了可能为非器质性病变的印象。

(3)患者首诊于口腔科，耳鼻喉科医生为应邀会诊，这种组合使得各科医生各按本科疾病特点去思考。结果是耳鼻喉科医生只考虑头晕、耳聋，口腔颌面外科医生仅关注面神经麻痹，双方都未能全面地、深入地探讨本患者症状的本质。

2. 本病案特点与教训

(1)症状与体征表现牵涉多个专业范畴。头晕或眩晕是临床各科多种疾病的常见症状，有时可能是唯一症状。该症具有相当的主观性。且不提全身疾病的原因，单是五官科的常见病就有不少能引致头晕或眩晕。在专业分工越来越细的今天，医生不可能通晓所有专业知识，仅从有限的知识范围内去认识症状，首先想到的自然是耳源性眩晕，而"耳聋"更使这种认识有了依据。相类似的，面神经麻痹的诊断也是这样得出的。耳部既然无器质性病变，对口腔颌面外科医生来说，则可能为本科疾病所致，最为常见的即是贝尔面瘫。

(2)有重要诊断价值的体征被忽视；医生只注意了患者主诉症状，如眩晕、耳聋及面瘫，而忽视了舌体萎缩、右舌根部感觉迟钝，右侧咽反射减弱等体征。上述体征虽不易查觉，但却预示了可能存在多条低位颅神经损害。

(3)治疗效果给疾病实质增加了假象。针对美尼尔病的治疗措施取得了良好效果，使医生思路更加倾向于原有的错误诊断。却不知用同样的治疗措施，对于听神经瘤这类能引起神经压迫性水肿的疾病，也能产生同样效果。而贝尔面瘫的治疗，在短时期内不会产生明显效果，干脆未予治疗。这样一来，原本相互关连的两种症状被人为地割裂开来。

(4)疾病本身有其隐蔽性。肿瘤发生于颅内，体积小时无症状，待体积足够大时症状才变得明显，所产生的症状主要为眩晕、耳聋和步态不稳，这与美尼尔病的表现

几乎相同,这也是造成误诊的客观原因。

(5)未采用有效的诊断手段。在CT、MRI等诊断方法问世以前,颅内肿瘤的早期诊断的确很困难。在今天,就国内大多数人的经济状况来讲,行CT、MRI检查确实牵涉到经济承受能力的问题。为患者"省钱"是广大医务人员所面临的现实问题,这种想法却会导致负面作用,此病例即是很好的例子。如果早期即进行CT检查,就不会形成误诊误治了。

3. 小结

(1)多种疾病在某个发展时期,有其共同的临床症状和体征,医生不能单纯从本专业常见病、多发病出发,而应全面考虑所有的可能因素。

(2)医生不仅要很熟练地掌握本专业知识,亦应注意拓宽自己的知识面,对相关学科及边缘学科的知识也应有所熟悉和了解。

(3)提高观察问题、分析问题的能力,不轻易放过哪怕是细微的阳性体征,提高诊断的正确性。另外,在不无故增加患者负担的情况下,应采用先进的诊断技术。

(魏奉才)

腭帆提肌异常语音不清误诊为舌系带过短

【病史1】 男,11岁。因自幼说话不清楚来院就诊。患儿为足月顺产第二胎,系母乳喂养。自幼语音不清,曾到多家医院就诊,均未能确诊。怀疑为舌系带过短所致,行舌系带矫正术,术后语言无改善。

【查体】 患儿发育一般,眼光较呆滞,不善语言,提问多需父母代答。发音明显不清。张、闭口运动自如,舌体形态正常,柔软无包块,运动功能基本正常,舌尖上卷时略显困难。软、硬腭完整,无隐裂,腭中线右侧软腭似有一浅凹,时显时消。

【初步诊断】 智力发育迟缓或弱智。

【治疗】 转神经内科和心理室就诊。神经内科未发现明显异常,心理科智力检测结果为:大致正常范围。转回口腔科。本科集体会诊,再次检查患儿,发现患儿右侧听力欠佳,右耳廓前有两小皮赘。请耳鼻喉科专家会诊,检测右耳听力严重障碍,几近失聪,耳咽管不通。嘱患儿逐个发"a","o","e",等单音,最终注意到在发"e"音时,在软腭中线偏右出现一约7.0mm深,直径3cm凹陷,软腭静止时凹陷消失。联系到耳部症状,诊断为右侧腭帆提肌先天发育异常。行EMG检查,示凹陷处几无动作电位产生,而对侧相应部位干扰相明显,确认临床诊断正确。手术探查证实右侧腭帆提肌发育不良,行矫治术。术后语音逐渐明显好转。

【病史2】 男,13岁。因自幼语言不清来院求治。患儿为足月顺产头胎,自幼语言不清,多处就诊未见异常。检查:患儿发育良好,活泼好动,发音明显不清。舌体形态、质地、运动功能良好,软腭表面完整。因与上例患儿就诊时间间隔不长,且为同一医生接诊,因之对此患儿情况有所警觉,排除舌、耳及智力因素后,仔细检查患儿软腭部,发现在发"a"音时右侧软腭前1/3饱满,随行EMG检查,示右侧腭帆张肌无动作电位发生,考虑该患儿为先天性腭帆张肌失神经支配。经讨论建议试将失神经支配

的肌肉缩短后重新固定于对侧及硬腭后缘，以造成永久张力情况与正常侧平衡，或可改善语言情况，因手术效果难以确定，患儿父母放弃手术治疗，失访。

【分析】

1. 本病案特点　这里所说的语言不清特指儿童先天性语言不清。导致儿童先天性语言不清的因素很多，如智力因素，大脑皮层有关语言中枢发育不良，先天或后天的听觉障碍，发音器官发育不良等等。由于现代医学的分工越来越细，一般口腔科医师仅负责舌、腭、口咽及整个口腔等有关发声器官的检查诊断。这部分器官的功能结构是很复杂的，参与语言运动的肌肉有二十几条，分别由三叉神经、面神经、迷走神经、副神经、舌下神经支配，如果没有扎实的专业基础，就不可能搞清每条肌肉的起止、作用、神经支配及其相互关系。遇到语言不清的病例，因头绪太多，很容易使思维陷入模糊状态，突破这种状态的最简捷方法就是弃繁从简，大致排除一下本科因素，而将问题留给其它有关科室。如上述病例1，接诊医生首先想到的即是舌、腭的结构完整与否，功能大致如何，开始并未发现问题，加之患儿多处就诊未发现异常，使医生在未经严格检查的情况下认为非本专业因素，将患者转去他科，造成误诊。再次转回本科后，经集体会诊始发现患儿耳部与腭帆提肌功能异常，然而这少见的疾病，如果医生无扎实的解剖生理基础，即使发现，也不容易想到其病理生理上的意义。实际上初诊时即发现了软腭部小凹陷。

2. 误诊原因　首先是接诊医生的专业基础知识不够扎实，检查时过于粗略，语言不清原因多样造成头绪繁杂，无从下手。为摆脱这种状况即盲目推诿病人，漏掉重要体征。这种体征比较少见，如无扎实基础，即使发现也难理解其意义，最终导致误诊发生。

3. 教训与总结　很多单一的疾病其病因多种多样，这种情况易造成诊断思维的模糊性，长期如此则会导致一种思维定式。即见到某种症状或体征，即联想到某种或某几种固定疾病，从而忽略其它疾病的可能，漏掉有价值的体征，导致误诊。避免这种情况发生的方法为观察明确，多方询问，勤于思考。不但要想到病人群体的一般性，更要想到病人个体的特殊性，不拘泥于经验，避免思维定式发生。善于在实践中不断充实与更新知识，如病例Ⅱ，医生接受了病例Ⅰ的教训，思维变得开阔，观察也就变得敏锐，很快即作出正确诊断。

（魏奉才）

梨状隐窝鳞癌口臭误诊为牙周炎

【病史】　男，54岁。因“口臭”前来就诊。自诉3月前别人告知自己有“口臭”，影响交际，具体患病时间不详。常有口干、咽干，咽部异物感等症状，有时牙床酸痛，刷牙时唾液带血丝。嗜烟酒。既往无肝炎、胃炎等疾病史。

【检查】　全口牙明显牙周炎，尤以后牙为甚。下前牙舌侧大量黄褐色牙结石，$\begin{array}{l|l} & 6 \\ \hline & 67 \end{array}$颊侧牙龈肿胀，牙周袋深5mm～8mm，溢脓。舌苔厚腻，咽部充血明显，口腔呼气异味较大。

【初步诊断】 牙周炎;咽炎。

【治疗】 行牙周病系列治疗,$\left|\frac{6}{67}\right.$松动Ⅲ°,予以拔除。嘱患者戒除烟酒。2月后复诊,牙周炎症状明显缓解,但口内异味仍无改善。嘱其去中医科就诊,服用中草药20余副,效果不佳。再次行全口洁治,并口服甲硝唑治疗,亦无显效。前后在口腔科就诊多次,历40余天。偶因咽部不适去耳鼻喉科就诊,间接喉镜查见左侧梨状隐窝处弥漫性肿物侵及粘膜下组织,界限不清,表面糜烂。钳取患处组织活检,报告为鳞状细胞癌Ⅱ级。

【最后确诊】 下咽鳞癌。

【分析】

1. 误诊原因

(1)主诉简单,且突出一点,病史及症状相互掺杂掩盖是本病例误诊的客观原因。患者以“口臭”症状就诊,而口臭可由多种疾病引起。实际上正常人在特定时间内即可有口腔异味;许多全身疾病亦可致口臭;口腔炎症,咽部炎症及该部位某些肿瘤也是引起口臭的重要原因。单凭“口臭”这一主诉,在无其它可资鉴别的病史、症状的情况下,接诊医生无法得出必要的思维线索,易致误诊。加之该患者确有明显的牙周病症状,使接诊医师想当然地认为“口臭”是牙周炎所致。

(2)牙周炎诊断的初步确立,必然使咽部症状处于次要位置。真正的患肿瘤部位又较隐蔽,不易查觉,肿瘤本身亦可致口臭的重要思维线索也就遗漏了。

(3)该病例误诊的更重要原因还在于医生的主观方面。牙周炎治疗后,患者口臭症状并未得到改善,按理接诊医生在基本排除牙周炎致口臭的情况下,应考虑到其他原因。但此时接诊医生未仔细回顾病史,仍按牙周炎诊治。整个诊治过程中,接诊医生只考虑了口腔科疾病的特点及可能,忽略了咽部疾患亦可致口臭,而且患者确有咽部症状,未及时请有关科室会诊,致诊断延误。

2. 教训总结 临床上引起口臭的疾病很多,即有全身性的,又有局部性的。全身性疾病如糖尿病、慢性肾功能衰竭、肝硬化、胃炎等均可直接或间接地导致口臭。Sjögren's综合征、头颈放射治疗后唾液腺功能受损、以及某些可致口干的药物如硝酸酯类,强心甙类,抗心律失常类药物等亦可引起口臭。某些口臭有特征性,如糖尿病口臭带烂苹果味,肾衰口臭有臭鱼味,肝硬化口臭有肝臭味,易于鉴别。上述致口干类药物所致口臭,停药后即可消失。Sjögren's综合征,放射治疗引起的口臭,原因容易查明。最易相互误诊的两类口臭是口腔、鼻咽、气管等处某些细菌导致的口臭和肿瘤坏死合并感染所引起的口臭,因其缺乏特殊性常易互相混淆。能引起口臭的细菌有数种,其共同点是能够分解蛋白质产生挥发性含硫化合物,这种作用在炎症情况和肿瘤坏死时均可发生。因此,对原因不明的口臭患者,应详细询问病史,认真检查有关体征,逐项排除可能因素。特别是接诊医生要不断提高业务素质,掌握于细微中辨本质的本领,是十分必要的。很多有经验的医生,确实能在这两类十分相近的口臭中分辨出哪种是由炎症引起,哪种是由肿瘤所致。

(魏奉才)

食管裂孔疝致多涎症误诊为义齿刺激

【病史】 男,48岁。因流涎6年,夜间加剧就诊。自诉6年来口内涎液明显增多,特别是晚间入睡后更甚,涎液不自觉流出口外,其量能够湿透枕巾。平素身体健康,无重大疾病史,无特殊嗜好,亦无长期服药史。无长期接触重金属史。

【查体】 全身检查未见阳性体征。双侧腮腺、颌下腺无肿大、软,无压痛,导管口无明显红肿。口内口腔粘膜(-),舌运动与感觉功能正常。牙龈红肿,全口牙齿有不同程度松动,$\frac{7|\quad}{76|67}$缺失,局部义齿修复。左侧口角糜烂,系长期流涎所致。

【辅助检查】 双侧腮腺造影见造影剂分布均匀,导管及分支清晰,无异常改变。涎液定量检查:经维生素C片刺激涎液分泌,涎液流量为1.4ml/min,在正常范围内。

【初步诊断】 义齿修复所致多涎。

【治疗】 嘱患者睡前去除义齿,未用其它治疗。一周后患者复诊,诉症状无改善。再次追问病史,患者告知进食后时常有"烧心"感觉,特别是进食肉类与酸性食物后。经消化内科会诊,疑为胃酸分泌过多。经制酸药治疗后,"烧心"症状稍有改善。经约定,患者进食肉类30分钟后复诊,诉"烧心"感明显,经维生素C片刺激,涎液分泌量4.2ml/min,较初诊时明显增多,疑患者有胃—食管反流,再次请消化内科会诊,同意上述诊断。经钡餐透视,确诊为"食管裂孔疝",转消化内科治疗。

【分析】

1. 误诊分析　流涎可由多种因素造成,如不良修复体,牙周病、肿瘤刺激、中风后遗症,心理因素等等。然而有时流涎只是就诊者的一种主观感觉而实际并不存在,因此用较简单的方法测定涎液的实际分泌量是正确的辨别方法。本例误诊的主要原因是遗漏病史和体征,主观臆断,只注意到患者的主诉为流涎,而未对其它症状深究,加之客观上患者涎液定量检查分泌并未增多,即主观地推断为"流涎"可能由义齿刺激所致,导致误诊。患者再次就诊,证实诊断错误,这才意识到可能有遗漏,经详细询问后得知有"烧心史",但仍未与流涎相联系,而只是认为可能还有消化系统疾病,故请内科会诊。内科医生却犯了同样错误,亦未将流涎与"烧心"相联系考虑,粗略检查后得出胃酸过多的印象,致再次误诊。直到最后证实患者确有涎液分泌过多,且与"烧心"症状在时间上相吻合,才得出正确诊断。

2. 教训总结　病史采集和分析是保证诊断正确的第一步,以全面、深入为第一要点。遗漏重要病史无疑会给诊断留下遗患。同一症状可由许多种疾病引起,经全面询问病史后,往往可将许多假象排除掉,这就缩小了需要认真考虑的范围,切不可根据一点,无的放矢。另一方面同一体征亦可由不同疾病所致,思考病因时不可仅将体征与局部或本专业疾病相联系,而应有全盘观念,不可单纯依靠简单的病史、体征就做出判断,这样做的结果往往是造成误诊。如果病史、体征不能给医生以足够的依据,其它必要的检查还是需要的。如本病例最后确诊"食管裂孔疝",如果不经X线检查证实,则只能是一种推断。

(魏孝才)

口干疑病障碍

【病史】 女,47岁。中学教师,因双侧颌下区痛性肿物3年入院。患者约3年前始,双侧颌下发现肿块,约“核桃”大小,进食时明显增大,并伴轻微疼痛不适,用抗生素治疗效果显著,但肿物不能根除,仍时有肿痛。近1年来自觉肿物渐缩小,并逐渐变硬,患者疑为肿瘤来院求治。既往无特殊病史。

【查体】 全身一般情况可,实验室检查(-),专科查见双侧颌下肿物约4cm×3cm×3cm大,表面光滑稍具结节状,质地中等,活动度欠佳,轻度触压痛,双舌下皱襞色泽暗红,挤压肿物见舌下肉阜流出少量混浊液体。

【初步诊断】 慢性颌下腺炎(双侧)。

【治疗】 局麻下行双侧颌下腺摘除术,术后创口一期愈合。病理报告为颌下腺慢性炎症。患者痊愈出院不久,复诊,自诉有“口干”症状。经检查口腔粘膜各部湿润,无色泽改变,双侧腮腺无肿胀、变硬,挤压时有清亮液体流出。磨牙后区有较多粘稠唾液,告其可能为颌下腺摘除后的暂时影响,未予处理。此后数月患者反复因“口干”就诊,自诉症状逐渐加重,甚至影响语言和吞咽功能。每次就诊均需医生反复解释方才离去。此期间嘱患者采取多饮水,口含维生素C片,多吃酸味食物等措施以减轻症状。半年后患者自觉症状严重,无法继续工作,专事治疗“口干”。并认定其症状为手术所致,要求行事故鉴定。虽经多方解释,告知颌下腺摘除并不能明显影响唾液分泌,且所摘颌下腺在手术前已无分泌功能,然毫无效果。后经详细询问其丈夫,得知患者自年轻起性格即偏执,多虑、多疑,更年期后尤为严重。自此次患病以来,疑为身患绝症,经常翻阅科普知识读物。当闻知肿物为颌下腺时,从有关科普文章中了解颌下腺乃分泌唾液之处,担心术后会有后遗症。此时医生开始怀疑患者“口干”症状为心理因素所致。经会诊后设计一心理治疗方法:教会其丈夫刺激唾液分泌及用试管收集唾液的方法,将大小形态一致的试管带回家中,患者与其家人在同一时间内收集各人唾液,每天早晚各一次,每次20分钟,比较各人的唾液量。嘱其夫在每人试管上做只有自己知道的暗记。保留各人每天的唾液标本,收集三次后与患者一同复诊。接诊医生在收回试管时故意将各人试管搞混,让患者自己选出自己的试管,经挑选,连续两次选中别人的试管。此时医生告诉患者:事实证明其唾液分泌量与他人并无区别,“口干”症状完全是由患者主观感觉引起。患者似有所悟。仍嘱患者每日口含维生素C片减轻症状。两周后复诊,“口干”症状完全消失。

【分析】

1. 误诊分析　此病例为一典型的误诊误治病例。患者的主诉简单明确,但因掺杂了心理因素,因而不能正确反映患者的实际情况。而接诊医生仅根据简单的主诉,在没有进行必要检查的情况下,即确认患者确有“口干”;因此所采取的治疗措施自然也是轻率的。且这种无效的治疗,无疑又对本例原有某种心理障碍的患者起到了有害的暗示作用,造成患者自觉症状加重,也使接诊医生感到束手无策。

2. 教训总结　口干的定义为唾液分泌量减少而导致的口腔干燥及相应不适感

觉，如口腔烧灼感，语言、吞咽困难，口臭等等。口干症的诊断应具以下4项基本体征：①唇部干燥、脱屑；②颊粘膜干燥；③压迫腮腺导管口无唾液分泌；④也是最重要的，唾液分泌定量检查证实唾液量减少。口干症状多做为全身状况的一部分反映出来，如机体脱水，高烧时；某些药物的作用象硝酸酯类、强心甙类，多种抗心律失常的药物，多种镇痛剂和解热镇痛剂等均可引起口干，但这些症状多为一过性，随着机体状况的好转和停止用药，口干感觉随之消失。某些全身性疾病如抑郁症，常可引起口干，有些疾病如 sjögren's 综合征。口干常为主要症状。另外，头颈部恶性肿瘤放射治疗后，因唾液腺受到破坏，常有不可复的口干症状。

有报道，口干患者约有46%实际上唾液分泌量并无减少。因而口干也像疼痛一样，有着很大的主观性，症状的严重程度并不随实际唾液量的变化而变化。所以在诊断口干症状时，实际唾液分泌量的客观计量是必不可少的。目前虽然没有一公认的尺度，在酸性物质刺激下每侧大涎腺 1.0～1.5ml/min，是一个较为广泛接受的正常值范围。

综上所述，口干症状是一个较为复杂的问题，需对各种可能影响唾液分泌的情况逐一排除，最后找到病因。在此过程中，唾液的客观分泌量的检查是不可忽略的措施。

（魏奉才）

颞动脉炎性味觉障碍误诊为脑肿瘤

【病史】 女，70岁。因左侧舌感觉异常伴味觉障碍3月收入院。患者3月前始感左侧舌感觉异常，有蚁走感。进食时味觉功能明显减退，并伴有间歇性低热及左侧偏头痛。未做任何治疗，症状逐渐加重。约2周前，出现发音不清，进食及饮水呛咳现象。患者既往史及个人史无特殊发现。此次发病以来，体重下降4公斤，常有疲劳感。

【查体】 老年女性，发育、营养可，慢性病容，全身各系统检查未见明显阳性体征。专科查：面神经运动功能正常，两侧基本对称。颌面部未见异常包块、各大涎腺无肿大，导管口无红肿、溢脓。双侧颌下触及肿大淋巴结各1个，均为直径2cm大，边界清，无粘连，中等硬度。左侧颈深上淋巴结肿大，约 3.5cm×3cm×3cm，质地同上，轻度压痛。对侧颈淋巴结未及。左侧颞部及颞颌关节区压痛明显，开口度2.5cm，开口型偏患侧。口内见：舌体形态及运动功能正常，以少量碘甘油分别涂于舌两侧，发现左侧舌味觉丧失。又滴以少量盐水，结果同上。棉拭子刺舌背左右侧，发现左侧舌触觉与痛觉明显迟钝。左侧软腭运动功能丧失，腭运动时悬雍垂明显右偏，左侧咽侧壁向中线偏斜。请耳鼻喉科会诊，见左侧声带麻痹。

【辅助检查】 实验室检查：红细胞 3.7×10^{12}/L，白细胞 12×10^{9}/L，血红蛋白120g/L。心电图：正常范围，胸透：未见异常。HAA：(－)肝功：GPT：15^{u}，GOT：50^{u}。

【初步诊断】 颞下凹恶性肿瘤，不能排除颅后窝肿瘤可能。

【治疗】 入院后行CT扫描，未见颅内占位性病变，颅底包括颈动脉管、颈静脉

窝以及岩尖部均未见骨质破坏和形态改变;鼓室及耳道形态正常,颞下凹区各结构、位置、形态正常,未见占位性病变。咽腔居中,咽旁间隙亦无异常发现。根据上述CT检查结果,基本否定初步诊断,转而考虑带状疱疹所致神经炎,但仔细检查患者外耳及面部皮肤、口内粘膜未发现疱疹,回顾病史亦无疱疹感染史。经会诊决定行颈动脉造影以排除颈动脉瘤的可能。结果发现,椎动脉与颈内动脉形态、粗细正常,大脑基底动脉环形态无改变。颈外动脉支见:颞浅动脉及分支,颌内动脉及分支连续性局部膨大或狭窄,咽升动脉明显细小呈线状,小分支未显影。提示动脉炎表现。ESR检查:126mm/h。决定采取诊断性治疗措施:氢化泼尼松60mg+5%葡萄糖盐水500ml,静滴,每日1次。治疗3天后,颞部及颞颌关节区压痛明显缓解,10日后,味觉及舌的一般感觉逐渐恢复,软腭瘫痪及发音不清等症状明显减轻,改口服氢化泼尼松30mg/d出院继续维持治疗。两月后患者复诊,上述症状基本消失,遂停药。

【最后确诊】 颞动脉炎。

【分析】

1.误诊思路　患者以舌味觉障碍主诉就诊,经检查同时伴有腭瘫,声带麻痹等多神经损害症状,又伴有低热,体重下降、偏头痛等全身症状,且有开口型、开口度的改变,以上种种表现均符合晚期颞下凹恶性肿瘤的表现,因此首先考虑肿瘤的诊断并无不妥。其思路基本还是正确的,随之采取的CT检查也是有道理的。

CT检查未见明显异常。考虑到患者的颈静脉窦综合征表现(有些盲目),怀疑病毒感染造成多条低位颅神经损害似乎有道理,因为虽不是很常见,但病毒,特别是由带状疱疹病毒引起的多条低位颅神经损害也确实不断见报道。

肿瘤和感染引起的病因排除后,那么较常见的病因为颈内动脉瘤,这种考虑思路也对头,因为囊性肿瘤体积小时可能在一般CT片上显示不清。因此,行颈动脉造影确实是一种非常明智与可靠的诊断方法,歪打正着地找到了正确诊断。

2.误诊原因分析　综上所述,接诊医生所采取的诊断步骤并无不妥,那么为何造成误诊呢?原因在于接诊医生一开始思路便走入歧途,绕了个大弯子又回到了原处。

(1)只注意了患者的多条颅神经损害症状,忽略了患者白细胞计数增加,血沉快的表现,对体重下降也考虑的不够周全,因为除了肿瘤造成的恶病质外,其它许多种疾病都会导致体重迅速下降。

(2)对患者所诉"偏头痛"症状考虑不周:因为一般患者所说"偏头痛"包括了真正意义的偏头痛和表面软组织疼痛,而专业人员所说偏头痛则是指一类特别疾病。在本病例中,接诊医生未考虑到这一点,因而将实际上由动脉炎所致颞部疼痛误解为一般意义上的偏头痛。

(3)接诊医生对颞动脉炎这种疾病认识不足或干脆一无所知。颞动脉炎或称巨细胞动脉炎,为一较少见疾病。老年人多发。就其名称看为颞动脉的炎症,其实该病可包括整个颈外动脉系统。其症状除颞部疼痛外,如累及咽升动脉,则可造成低位颅神经因缺血而功能受损。在感觉神经,表现为感觉迟钝,味觉障碍。在运动神经,则

表现为腭瘫,声带麻痹等。接诊医生由于对颞动脉炎的这种特性了解不足,或不知这种疾病的存在,因而放弃了对本病的考虑。其实本例患者的临床症状、体征,如持续低热、体重下降、颞部疼痛、白细胞计数增加、血沉加快等,代表了大部分颞动脉炎的特征,如接诊医生经验丰富,一开始即可考虑到颞动脉炎的可能,避免了误诊的发生。

3. 教训总结　医生的临床经验和综合判断能力非常重要。要善于在纷繁的表现中抓住事物的本质,才能少走或不走弯路。而临床经验和判断能力总是基于医生个人的知识深度与广度。不断学习、善于进取是减少或避免走弯路的根本。

（魏拳才）

神经鞘瘤呼吸困难误诊为上呼吸道感染

【病史】 男,21岁。因颈部肿物发现2年,发热、咽痛、呼吸困难4天就诊。患者两年前偶然发现左侧颈上部隆起,触之似有包块,不痛,渐大。曾多次在当地医院就诊,无法确定诊断。曾给予抗生素治疗,无效。近半年来,夜间睡眠时有打鼾现象,渐至睡眠不稳,常憋醒。4天前突发咽部疼痛,声嘶,呼吸困难,并伴发热,当地医院经抗生素治疗后症状减轻,来诊。

【查体】 全身一般情况可,体温:38.3℃,咽部明显充血,双侧扁桃体Ⅱ°大,有数处脓栓,左咽侧壁明显向中线移位致咽腔狭窄。左颈上部胸锁乳突肌前缘一包块直径约5cm大,质地中等,与周围组织轻度粘连。

【辅助检查】 B超检查证实肿物为囊性,壁厚。穿刺见有稀薄混浊暗红色血性液体约3～4ml。血常规:白细胞:12×10^9/L。

【初步诊断】 ①急性上呼吸道感染;②鳃裂囊肿继发感染。

【治疗】 抗生素大剂量应用控制炎症,全麻下行颈部肿块摘除术。术中见肿物主要位于胸锁乳突肌深面,包膜完整,呈卵圆形,边界尚清,出血较多,上、下极均与迷走神经紧密相连。完整摘除肿物张力大,内含血水样液体。病理报告为:神经鞘瘤。术后患者有轻度声嘶、呛咳,2月后恢复。

【最后确诊】 神经鞘瘤。

【分析】

1. 误诊分析

(1)临床表现与体征相互交叉掩盖。第二鳃裂来源的囊肿和迷走神经鞘瘤在临床表现上确有相似之处:均表现为边界清晰,类圆形无粘连包块。体积增大时均可压迫咽部造成渐进性呼吸困难。虽然囊性肿物多数较软,但像鳃裂囊肿一类壁厚的囊肿,在囊内压力增高时,可表现为硬度相当大的包块,而本例神经鞘瘤中央液化,造成二者体征均不典型。

(2)B超检查示颈部囊性肿物,加之患者年龄,均易使医生首先联想到鳃裂囊肿。先入为主的思维定式使医生未能想到实性肿物囊性变的可能。如寒性脓肿,神经鞘瘤囊性变,其B超表现与真正的囊肿并无明显差别。特别在囊肿合并感染时更是如此。

(3)穿刺液特征不典型:一般鳃裂囊肿的穿刺液为干酪样或米汤样淡黄色混浊液体,神经鞘瘤在其血窦内可抽出均质、不凝固血性液体,可资鉴别。但炎症会引起囊肿内少量出血,使囊液变红;肿瘤中心的大范围液化亦可使均质的血性液体变混浊,从而失去其鉴别诊断意义。

(4)医生本身的原因不容忽视:首先,抗生素治疗对颈部肿块无效,特别是患者入院后曾经10天连续大剂量抗生素治疗,颈部包块无明显变化,而鳃裂囊肿因囊壁含大量淋巴组织,易发生反复感染,表现为体积时大时小或时硬时软。本例患者病程中并无此表现。联系到患者有声嘶等迷走神经刺激症状,应能提醒医生肿块可能为其它性质,但未受重视。其次,对穿刺液的检查不彻底。①穿刺液过少,能够造成咽侧壁移位的囊肿,其内容物绝不止只3～4ml。作者曾遇一类似病例,一次抽取囊液120ml而仍未抽尽,为防止颈动脉体刺激症状未继续抽吸。神经鞘瘤因内有大量相互独立的血窦存在,即使中央大范围液化,穿刺液量也不会很多。本例患者仅抽取3～4ml囊液用以诊断,似显过少。②穿刺液仅进行了肉眼观察而未行常规镜检。一般来说,鳃裂囊肿的穿刺液镜下可见胆固醇结晶,大量脓细胞和淋巴细胞,而神经鞘瘤的穿刺液仅见坏死组织。可惜正是这一有价值的鉴别方法,在整个诊疗过程中被忽略了。

2.教训总结　很多疾病的临床表现和体征有其共同性,加之典型体征在不同的病程阶段会有所变化,往往造成症状和体征的表现与本质不一致,真假表现相互掩盖交叉。加之相关疾病的干扰,容易造成误诊。但不同疾病的本质毕竟不同,虽有共性的表现,但本质的表现是肯定存在的。这就要求医生要有透过现象寻找本质的过硬功夫。只要不满足于表面的现象,抓住哪怕是极细微的有意义线索,不断思索,定能将本质从繁杂多样的表面现象中挖掘出来。

(魏奉才)

磨牙症性偏头痛误诊为神经衰弱

【病史】 女,48岁。因左侧偏头痛、颈痛2年余,伴牙痛5天来院就诊。患者自前年始,经常感左侧偏头痛,颈痛,记忆力下降,曾多次分别到神经内科、外科、妇科和中医科就诊,并做CT、B超、X线片等检查,结果均未发现阳性体征。结论为"神经衰弱"、"更年期综合征"、"颈椎病"。用多种药物治疗,如口服APC、六味地黄丸、布洛芬、安定等,均无明显效果。5天前患者感左下后牙疼痛剧烈,遂到口腔科就诊,要求拔除患牙。

【查体】 全身一般情况可,颌面部对称,双侧嚼肌肥厚,以左侧明显。左侧颞颌关节区压痛,张口时可闻及弹响,开口度轻受限,开口型左右偏摆,弹跳。口内牙齿无缺失,磨耗严重,后牙殆面几成平面,$\overline{|6}$殆面深龋,已穿髓,探(+),叩(+),$\underline{|5}$舌侧异位,伸长,无殆关系致下颌右侧运动障碍。双侧颞颌关节X线片示患者双侧髁状突后移,右侧髁状突尖削,左侧髁状突变平且前缘骨质增生,关节结节表面骨皮质不光滑。

【初步诊断】 磨牙症。

【治疗】 追问患者病史，原来自年轻时即有夜间磨牙习惯，因认为不影响生活、健康从未就诊。告知患者医生认为“神经衰弱”“更年期综合征”、“颈椎病”等均是其夜磨牙习惯所致，应行矫正治疗。┼6行常规根管治疗。戴用全牙殆垫 4 个月，症状明显改善。继续戴用 2 个月，症状完全消失。

【分析】

1. 误诊分析　接诊医生思维拘泥于局部，习惯于经验，满足于已知是导致本例误诊的主要原因。偏头痛、颈痛，记忆力减退等症状可由多种原因引起。如神经科的神经衰弱、脑血管痉挛；内科的感冒；外科的颈椎病；妇科的更年期综合征；耳鼻喉科的鼻窦炎、中耳炎等等。而且，上述症状多以患者主观感觉为基础，难有一客观指标恒定。因此，各科医生往往从本专业局部知识出发，思维限定于本专业常见病、多发病，特别是功能方面异常的情况。习惯于经验从而忽略了某些症状在其它专业领域亦可常见这一事实。如本病例，神经内科医生根据本专业知识，在 CT 检查无阳性发现的基础上，结合患者性别、年龄，自然会想到偏头痛、神经衰弱、颈椎病等诊断。妇产科医生在各项检查无阳性结果的基础上，结合患者自身情况，也自然会从本科的知识出发，做出更年期综合征的诊断。公平地讲，这种思路并非错误。假定同一患者去耳鼻喉科就诊，那么最可能得出的结论会是鼻窦炎和中耳炎。如去眼科就诊，诊断也就可能变为青光眼。以上种种均忽略了疾病的临床表现可有很大的类似性这一重要特点。

2. 教训总结　本病例的教训是：思维范围狭窄，只注意了某些症状在本专业领域的特殊性，而忽略了同样症状亦可在其它领域出现这一广泛性。满足于表面病史、体征，却未及时深入地去寻求导致这些症状发生的根源。特别是象头痛、偏头痛等症状具有很大主观性，缺乏必要的客观诊断标准，一般解热镇痛药物对其有一定疗效的情况下，更易使本已模糊的诊断变得更加模糊，而失去对疾病本质的正确认识。本例患者如果不是因偶然的机会到口腔科看牙，仍可能继续误诊误治下去。

避免误诊的方法，在于努力拓展知识面，除掌握本专业的基本知识与发展趋势外，有必要对其它有关专业的知识进行深入的了解。特别是专业分工越来越细的今天，很容易造成人们思维范围的缩小。对这一点应有足够的重视。再就是遇到疑难病症要具备追根求源，不弄清楚不罢手的探索精神，这样才能不断提高自身的诊断水平。

（魏奉才）

第八章　有关手术失误的教训

本章介绍因诊断错误，对病情严重性没有察觉，对身体承受手术的耐受性估计不足，对手术方案考虑不周，识别器官的方法和水平的局限等原因，造成手术后惨痛的，甚至是死亡的教训；也介绍了术后因观察病人没有按生命体征——亲自查体，将极严重的并发症漏诊到几乎丧失生命的案例。

围术期出现了按当时的水平能力、条件不应出现的问题，主要是术前诊断错，特别术前认为是"小病"，术中却是根本没有预料到的严重疾病，各种条件、麻醉方式、人员水平都免强应付，骑虎难下，更甚者是根本没意识到术前的诊断是错误的，有的造成该切除的留下了，该留下的切除了。有的失误是医生没有按规范按时间给病人亲自查体，更不大注意大小便，而是把病人回到病房完全清醒后，数天内稍有痛苦，但安静平稳均认为是正常的，这种走马观花式查房一旦出现问题都比较严重。例如：病人4天无尿医护均未问及，当出现精神症状和昏迷时，查血生化才发现急性肾功衰竭（药物性）。因此临床事事无小事，从病历首页的体温单到最后一页的项目，稍有疏忽，将会铸成大错。

（金志勤）

误将腮腺多形性腺瘤作皮脂腺瘤摘除

【病史】 男，36岁。因左侧耳下肿物2年，术后复发6个月入院。2年前患者无意中发现左侧颌面部耳垂后下方有一肿物，约花生米大小，无疼痛及其他不适感，未在意。1年前，患者感肿物有所增大，仍无明显不适感，到当地医院外科就诊，诊为"面部皮脂腺瘤"，在门诊手术室行肿物摘除术，切除肿物未做病理检查，术后病人出现左侧口角歪斜。6个月前患者发觉原手术部位又长多个肿物，逐渐增大，来我院口腔科就诊，以腮腺多形性腺瘤术后复发收住院。

【查体】 左侧口角歪斜，左侧耳垂下见一约3cm纵形手术疤痕，周围见有数个结节样肿物，相互融合在一起，约4cm×3cm×2cm大小，质韧，表面呈结节样感，无压痛，活动。颌下及颈部淋巴结未触及肿大。

【辅助检查】 CT示：左侧腮腺内边界清晰的多结节肿物。

【初步诊断】 ①腮腺多形性腺瘤术后复发；②面神经麻痹（左侧下颌缘支，外伤性）。

【治疗】 局部麻醉加强化下行解剖面神经切除肿物及腮腺浅叶，术中见左侧面神经下颌缘支在原伤口处中断，找出近、远中断端后给以吻合。

【术后病理诊断】 腮腺多形性腺瘤。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)颌面部皮下肿物,生长缓慢,无疼痛及其他不适感,质韧,活动,外科临床上以皮脂腺瘤最常见。

(2)在门诊手术室手术摘除,紧贴瘤壁将肿瘤剥出,是皮脂腺瘤的手术治疗原则。

(3)然而本例手术,初次手术者在切开皮肤后发现肿物并不是在皮下,而是更深,为完成手术,术者只能用血管钳继续往深处分离,勉强将肿物剥出。致使术后出现口角歪斜,6个月后复发。

2. 本病案特点 耳垂下方的皮下无疼性肿物,生长缓慢,以来源于腮腺的良性肿物为多见,其中最多见者为腮腺多形性腺瘤,这一点初诊医师完全没有意识到,而简单地认为是皮脂腺囊肿,错误地将其手术剥出,致使术后病人出现口角歪斜,肿瘤复发。

3. 教训

(1)腮腺多形性腺瘤的特点:

1)肿瘤早期为质中或硬的无痛性肿块,表面光滑或呈结节状。

2)生长缓慢,病程可长达几年或几十年。

3)肿瘤常位于耳垂下方。

4)肿瘤与皮肤无粘连,可活动。

5)X线造影摄片,可见占位性病变。

6)CT检查可明确其大小、位置。

7)手术原则为解剖保留面神经,切除肿瘤及腮腺浅叶或全叶。

8)单纯摘除瘤体易致复发。

(2)皮脂腺瘤的特点:

1)可生长于全身皮肤任何部位,但以面部多见。

2)生长缓慢,病程长,顶部常与皮肤粘连,并有蓝黑色小点。

3)内容物为乳白色粉粒状或油脂状。有时可因挤压而致感染。

4)手术原则为摘除囊肿,应切除与囊肿壁粘连的皮肤。

(3)误诊原因分析:

1)腮腺多形性腺瘤属于口腔科疾病,而病人首先到外科就诊,由于初诊医生对此病不了解,便简单地误诊为皮脂腺瘤,而对病人在门诊手术室行肿瘤摘除术。

2)初诊医师对此部位解剖不熟悉。当切开皮肤后发现肿物不在皮下时,首先应该对原诊断进行否定,并中止手术。而初诊医生却采用了盲目分离,将深处肿物勉强剥出,致使在分离过程中将面神经下颌缘支分断,病人术后产生口角歪斜,而且由于多形性腺瘤包膜不完整,剥出后瘤细胞在患处有残瘤,使病人术后很快复发。

(赵宝东)

腮腺内面神经神经鞘瘤误诊为腮腺恶性肿瘤致手术失误

【病史】 女,54岁。因发现右耳后肿物伴右侧面瘫月余就诊。1月前,患者受凉

后右耳后区胀痛不适，触摸发现右耳后区有一肿物，无明显压痛及张口受限，第2天右面部及口角发木，并发现右眼闭合不全，右口角歪斜。行针灸及营养神经药物治疗(具体不详)半月无效，收住院。

【查体】 面部表情不自如，右额纹消失，右眼闭合不全，右鼻唇沟变浅，口角歪斜。右耳垂后下方可触及一3cm×2cm×2cm大小肿物，位于颌后窝内，卵圆形，质韧，表面光滑，边界尚清，活动度小，无压痛，与表面皮肤无粘连，余未见异常。

【辅助检查】 B超示：腮腺内肿物，密度不均。

CT示：腮腺内肿物，良性可能。

【初步诊断】 腮腺恶性肿瘤(侵犯面神经)。

【治疗】 全麻下切除腮腺、肿物及面神经。

【术后病理诊断】 神经鞘瘤。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因

(1)右侧腮腺区肿物，有胀疼不适感，且出现面神经麻痹症状，右额纹消失，右眼闭合不全，右鼻唇沟变浅、口角歪斜等。虽经针灸及营养神经药物治疗，面瘫未见有改善，故认为面神经麻痹系腮腺区肿物所致。

(2)局部检查肿物位于颌后窝内，较小，虽然表面光滑，边界清，有活动度，无压痛及与皮肤粘连，因早期即出现面神经受侵犯的表现，所以应考虑为腮腺癌，如粘液表皮样癌、腺样囊性癌等。

(3)B超示腮腺内肿物，密度不均，CT亦为腮腺内良性肿物表现，然而腮腺癌早期在B超、CT上的表现与腮腺区良性肿瘤很难区别。

(4)腮腺癌侵犯面神经时，其手术原则为包括面神经在内的腮腺全切。因术前检查未见颌下及颈部有肿大淋巴结，故未做同期颈淋巴清扫术。

(5)但是术后解剖见肿物有包膜，内为黄色奶酪样物，位于面神经总干处，病理报告为神经鞘瘤。

2. 本病案特点 腮腺内面神经神经鞘瘤少见。据李树玲报告天津人民医院1957～1980年间共收治8例。所以临床医生对其了解非常模糊，易被忽视，而其局部体征及B超、CT表现为良性肿物，但却早期可有面神经麻痹症状，故亦与腮腺癌相混淆，造成误诊误治。

3. 教训

(1)本病例中所患疾病(腮腺内面神经神经鞘瘤)与被误诊为的疾病(腮腺癌)在该患者身上共有的特点：①腮腺区肿物；②早期出现面神经症状。

(2)腮腺内面神经神经鞘瘤的特点：

1)发病率低，少见。

2)腮腺区肿块，呈圆形或卵圆形，生长缓慢，质韧，表面光滑，边界清。

3)肿瘤较大时易产生粘液性变，质软如囊肿，穿刺可抽出血样液体，放置一段时间仍不凝结为其特点。

4)原发于神经干或肿瘤较大时,可出现神经压迫症状,如面神经麻痹、面部感觉异常、胀痛等。

5)辅助检查如B超、腮腺造影、CT、MRZ等均为良性肿瘤表现。

6)手术原则为将肿瘤内神经干外膜沿纵轴切开,小心地剥开神经纤维,然后将肿物切除。如术前已有面瘫,且已确诊为此瘤,应切除受肿瘤累及的一段神经,然后作神经吻合或自体神经移植。

(3)腮腺癌的特点:

1)原发性腮腺癌早期可出现面神经麻痹症状。

2)涎腺造影可见导管及腺泡有不规则破坏,充盈缺损,造影剂排出时间延长。

3)低度恶性腮腺癌有时临床上与混合瘤常难以鉴别,需借助手术时冰冻切片检查。

4)腮腺癌早期B超或CT检查常难与腮腺良性肿瘤鉴别。

5)手术原则为包括肿瘤外正常组织在内的腮腺全叶切除。手术前已有面神经麻痹或手术中见面神经穿过瘤体时应切除面神经,并考虑神经移植。手术中见肿瘤邻近面神经但可以分离,而临床无面神经麻痹征象时可分离保留,术后放疗。

6)颈淋巴清扫术的原则是治疗性的,即当颈部扪及肿大淋巴结并疑为转移时才进行。

(4)误诊原因分析:

1)由于面神经神经鞘瘤少见,加之其临床症状及体征的特殊性,极易造成误诊误治。

2)临床医生只是根据面神经麻痹这唯一特征,就诊断其为腮腺癌,有点过于草率,没有进行综合分析比较,没有考虑到疾病的复杂性。

3)术中根据面神经与肿瘤的关系以及肿瘤本身特点仍不能确定良恶性时,应作冰冻切片,以帮助明确诊断。

4.小结　临床上如遇腮腺区肿块局部体征及影像学检查呈良性表现而早期出现面神经麻痹者,要考虑到腮腺内面神经神经鞘瘤的可能性,与腮腺癌应作全面的鉴别诊断。术前诊断确有困难者,可行手术探查,取腮腺切口,术中切取部分标本送快速冰冻切片,以确定肿块性质,决定术式,避免误诊误治。

(赵宝东)

舌炎误诊为舌癌切除半侧舌颌的教训

【病史】 男,56岁。舌左侧缘溃疡半年。于1988年11月28日入院。患者半年前左侧舌缘发生溃烂,时而发生刺激痛,口服甲硝唑与嗽口水清洁口腔,效果不好,经门诊疑诊为"舌癌"行病理活检。病理报告为"舌鳞状细胞癌"而收入院。既往身体健康。

【查体】 专科检查:颌面部对称,开口度正常,$\overline{|6}$残冠,$\overline{|7}$残根,伸舌居中,舌体运动自如,舌左侧缘中1/3处一溃疡面,约2.5cm×2.5cm,其表面有白色假膜覆盖,触

之稍破，基部有肿块感。咽部无异常，口底粘膜正常。颌下及颈部未触及肿大的淋巴结。

【初步诊断】 舌鳞状细胞癌($T_1N_1M_0$)。

【治疗】 于1988年12月30日在全麻下，经口腔内气管插管，行"半舌切除术+半侧下颌骨切除术+半侧颈淋巴清扫术。"手术顺利，术中经过良好，切除标本，全部送检。术后七天拆除口内外缝线，痊愈出院。

【术后病理诊断】 舌肿块组织为炎性细胞浸润，未发现癌细胞，颈清诸淋巴结未见肿瘤转移。

【分析】

1．误诊误治常规思路原因

(1)舌侧缘溃烂，久治不愈合，发生在老年患者。临床上多考虑为舌癌，行病理活检，明确诊断是正确的思路，也是通常情况下常规诊疗程序。

(2)如果病理报告为"炎性细胞浸润(舌炎)"时，常考虑牙齿的残根，残冠刺激所致，一般情况下先拔除患牙，观察溃烂面的变化，这也是常规思路。

(3)当病理报告为"舌癌"时，遂行"舌、颌、颈联合根治术"，这是当前治疗舌癌基本的常规术式。但本病例却给病人造成了"舌缺损，颌面畸形伴功能障碍"的严重后果。

2．本病案特点　舌侧缘久不愈的溃烂，当活体组织检查后，由于病理错误的诊断，误将良性病变报为恶性，致使临床医生错误地将舌部的良性病变当作癌瘤行"半舌切除及颌颈联合根治术"，给病人造成面部畸形和功能障碍，后果严重，其教训深刻。

3．教训　本病例由于病理误诊，造成临床误治。若良性病变误诊为恶性时，由于治疗原则不同，必然给病人的机体带来不应有的损伤，若将恶性病变误诊为良性，必将贻误病情，耽误治疗，使肿瘤继续生长扩散。

(1)本病例中所患"舌炎"与被误诊为"舌癌"的疾病在该患者身上有着共同的临床表现：舌侧缘疼痛性溃烂，久治不愈。

(2)舌癌患者的特点：

1)舌侧缘肿块可呈浸润型，外生型及溃疡型三种临床表现(类型)。

2)病理最后明确诊断，手术治疗。

(3)误诊误治原因分析：

1)对舌部无痛性溃疡，长期不愈合，应寻其原因。由于残根、残冠的长期刺激，易发生溃疡或溃烂，但当去除病灶牙的刺激后，溃烂区即可愈合。本例患者患侧有残根及残冠，未引起医生的重视，由于思路窄，仅想到久治不愈的溃烂要排除舌癌，活检后又遇病理误诊，其结果必然导致误治。

2)舌部炎症与舌癌有质的区别、病理医生不应误诊，这与下列几方面因素有关：①弄错了病例，将他人的病变组织错误地作了本患者的诊断。②诊断水平低，对病变的镜下所见区别不清，或因切取组织挤压破碎及制作技术原因无法镜下决断。仅凭

临床医师怀疑诊断妄发报告或对本职工作不能胜任。

3)被误诊疾病“舌炎”的特点:①病因较明确(残根、残冠的长期刺激)。②炎症性溃疡基部无浸润性生长,去除刺激可愈合。③抗炎治疗肯定有效。④病理改变为炎性细胞浸润。

4)临床医师对许多疾病,大多数依赖于病理诊断,病理诊断良性或恶性,医生的手术刀切除范围绝然不同,故而病理医师的诊断水平,准确性,事关重大,诊断错误将给病人造成不可估量的损失。本病例误诊误治,病理医师有不可推卸的责任。临床医生也应负有一定责任,如病理诊断与临床诊断不相符合,可复查病理切片,同时也应提高相关学科的专业知识,提高诊断符合率。

4. 小结

(1)舌侧缘创伤性溃疡,误诊为口腔癌。错误的手术,过多地切除正常组织(半侧舌体积,半侧下颌骨体,半侧颈部及口底组织),而且对患者及其家属造成极大的精神压力和严重的思想负担。

(2)若遇舌缘溃疡(溃烂),相对牙槽区有残根残冠及不良修复体应早日去除,观察溃烂创面,是创伤性即可愈合。当不愈合时,再行病理诊断。

(3)由于病理诊断错误,指导临床手术过激。也有把舌叶状乳头炎的正常粘膜折叠状视为菜花状,误诊为舌癌者。

(杨佑成)

颌下腺摘除术误伤面神经下颌缘支

【病史】 男,32岁。因发现左侧颌下区无疼性肿物2年入院。2年前患者无意中发现左侧颌下区有一肿物,无疼痛及其他不适感,未在意。2年来患者感肿物逐渐增大,亦无疼痛、时大时小及吃饭时胀疼感,来我院就诊,以左侧颌下肿物,混合瘤可能,收住院。

【查体】 表情自如,无闭眼不能、口角歪斜等面神经麻痹征。左侧颌下区隆起,可触及一约3cm×3cm×2cm大小肿物,质韧,表面光滑,活动,边界清,与皮肤无粘连,无压痛。左侧颌下腺导管口无红肿,分泌物清亮,未见脓性分泌物。颌下腺导管双合诊未扪及导管内结石。颌下及颈部未触及肿大淋巴结。

【辅助检查】 CT示:左侧颌下腺内良性占位性病变。

【初步诊断】 左侧颌下腺混合瘤。

【治疗】 局麻加强化下行左侧颌下腺摘除术。手术采用常规左侧颌下切口长6cm,切开皮肤、皮下组织、颈阔肌,暴露颌下腺包膜,未显露面神经下颌缘支,在嚼肌前缘下颌骨下缘处显露颌外动脉及面前静脉,钳夹后切断、结扎。然后逐步将颌下腺及肿物摘除。术后发现患者左侧口角歪斜,鼓气时左侧口角漏气。6个月后复查,未见任何改善。证明为术中下颌缘支损伤。

【术后病理诊断】 多形性腺瘤(颌下腺)。

【分析】 神经下颌缘支有1～2支,在腮腺下极边缘穿出,沿下颌骨下缘稍下或

稍上向前行走，在嚼肌前下角处与面前静脉、颌外动脉相交，并越过其浅面，分布到下唇诸肌。行颌下腺摘除术时，有时可造成其损伤。常见原因有：①手术切口过高，可直接损伤面神经下颌缘支。②结扎颌外动脉及面前静脉时可因不小心误伤面神经下颌缘支。③术中牵拉组织瓣时可因牵拉使下颌缘支移位，但切割还按解剖位的理解操作，则神经伤断而不知觉。或压迫面神经下颌缘支而造成暂时性面瘫。④面神经下颌缘支走行水平面过低，超出正常范围，术中可造成误伤。结合本病例，可能因为结扎处理颌外动脉及面前静脉时误将面神经下颌缘支结扎切断。

预防措施：①切口设计时，应距下颌骨下缘 1.5～2.0cm；②向上翻瓣时，应在颈深筋膜深面剥离，直达下颌骨下缘；③寻找颌外动脉及面前静脉时，应紧贴颌下腺上缘和下颌骨下缘内侧面作钝性分离，找出此两根血管后分别钳夹、剪断、结扎。此外，尚可首先显露并保护下颌缘支，继而在明视下结扎此两根血管。大约三分之一的病人，下颌缘支与颈支共同构成了一个神经干，而且下颌缘支就是从这个神经干的最低点上发出来的。这种病人在后达腮腺下极时，如果不是明视下操作解剖神经，势必伤断下颌缘支；有的术者为了保护下颌缘支，首先寻找颌外动脉及面前静脉，因辨认识别组织的视觉水平低，再加手术操作动作不规范，就在寻找两根血管的过程中，早已伤断了下颌缘支而没有察觉；因神经不着色，腺体着色，有人在导管内注射美蓝，以图术中保护面神经但因腺体破碎后各部分变得模糊不清，弄巧成拙也有报道。妥切方法是在消毒后解剖位的下颌骨下缘下 1.5cm～2cm 内的平行线上刺入 3 棵消毒的、尾端连有结扎线的大头针，深度达颈阔肌的深部。切割时依 3 棵标志连线，深达颈阔肌深部组织的筋膜层（胸锁乳突肌表面肌筋膜及颌下腺被膜），紧沿胸锁乳突肌及颌下腺的表面层面，向上锐性翻开组织瓣（不要在颈阔肌深面的表面），当达下颌骨下缘见两条血管时，在下颌骨下缘内方结扎切断血管更稳妥。然后再将远心端组织瓣向上分离。这样既保证了下颌缘支最低位和深度层面两方面的安全性，也保证了不会因牵拉造成的组织错位而失去安全的手术层次。

（赵宝东　金志勤）

颊部肿物切除误伤腮腺导管（一）

【病史】 女，28 岁。左颊部无痛性肿块半年。于 1995 年 3 月 21 日入院要求手术治疗。患者半年前发现左颊部长一肿块、无疼痛，持续增大。

【查体】 颌面部不对称，左颊部较右侧丰满，皮肤色泽无变化。口内检查左侧腮腺导管口及粘膜正常，泌液通畅，双合诊触及左侧腮腺导管口前方有一肿块，约 3cm×2cm×2cm 大小，质地中等，边界清，活动无压痛。无口角歪斜，鼓腮功能正常。

【辅助检查】 左腮腺造影检查正常。

【初步诊断】 （左）颊部肿块性质待查。

【治疗】 于 1995 年 3 月 27 日在局部麻醉下行左颊部肿块切除术。手术从口内颊粘膜作切口，前后纵行切口长约 5cm，切开粘膜及粘膜下组织，锐性分离显露肿块，见肿块为实性，包膜完整，周围无浸润，分离后完整摘除肿块，冲洗术腔。检查创口

时，发现腮腺导管被误伤切断，其末端约1.0cm长，腮腺导管近心断端移位于颊粘膜上，缝合固定。术后给抗生素防感染。第10天拆线，创口Ⅰ期愈合，术后第12天出院。检查挤压腮腺区，可见清亮的唾液从移位的导管口溢出通畅。

【术后病理诊断】 左颊部多形性腺瘤。

【分析】

1. 手术失误原因分析

(1)颊部良性肿瘤手术，不应该损伤腮腺导管。究其损伤导管的原因：①术者对颊部良性肿瘤没引起足够的认识，术中盲目及粗暴。②术中锐性分离，没有注意保护导管。③术中视野较小，盲目分离。

(2)被误伤腮腺导管的解剖特点：腮腺导管总长约5cm，在腮腺腺体前缘发出，越过嚼肌表面，在嚼肌前缘几成直角转向内侧，穿过颊脂垫及颊肌开口在上颌第二磨牙牙冠相对应的颊粘膜上，开口处形成腮腺导管乳头。如损伤可形成涎瘘。从鼻翼至唇红缘连线中点，向后至耳屏下缘作一水平连线，其中1/3段相当于腮腺导管的位置。术中要牢记这一体表投影。

(3)颊部混合瘤部分来自粘膜下小涎腺，部分来自腮腺导管穿过颊肌处的副腮腺；术前应心中有数。

2. 教训

(1)为防止术中损伤导管，术前往导管内插入软针或有色胶管作识别标志。

(2)术前未作好导管的标记，术中又没想到有损伤导管的可能性。

(3)术中一旦发现导管损伤，应及时作吻合手术或移位改道手术，避免术后由于涎瘘的发生使创面不能愈合。

(4)术后应挤压腮腺，看导管口有无唾液溢出，发现问题及时解决。

（杨佑成）

颊部肿物切除误伤腮腺导管(二)

【病史】 女，40岁。因发现左颊部肿块半年，手术后伤口愈合不良1个月入院。半年前患者无意中发现左侧颊部有一肿物，约花生米大，在当地医院就诊，诊为“颊部良性肿物”，收住院治疗。手术自口内切开粘膜，取出肿物后缝合伤口。病理报告为颊部多形性腺瘤。术后7天拆线，伤口愈合欠佳，术后一个月伤口仍未完全愈合，来我院就诊。

【查体】 颌面部双侧对称，左颊部皮肤无红肿，无压痛。口内见左侧颊粘膜近腮腺导管口下方有一前后纵行长约5cm手术疤痕，其中1/3未愈合，周围无明显红肿。挤压腮腺可见有清亮液体自未愈合伤口流出，而未见自导管口流出。

【辅助检查】 腮腺造影示：导管不通，造影剂局限在导管内近开口段。

【初步诊断】 ①腮腺导管瘘；②颊部多形性腺瘤术后。

【治疗】 局麻下行腮腺导管吻合术，术后7天拆线，伤口甲级愈合，腮腺造影示导管通畅。

【分析】

1. 颊部粘膜下良性肿物，手术切除时首先应注意保护好腮腺导管；尽量避免使其受到损伤。本病例手术者术中误伤腮腺导管的原因可能为：①手术操作盲目、粗暴，未考虑到损伤腮腺导管的可能。②手术前后及术中未采取相应的保护及补救措施。

2. 颊粘膜下肿物（良性），正确的手术步骤应为：①术前正确判断肿物是否靠近腮腺导管。腮腺导管面部表面标志相当于由耳屏至鼻翼根部与口裂间中点连线的中1/3段。为防止术中损伤导管，可在术前往导管内插入硬膜外麻醉用导管等，以便术中识别。②手术切口应取前后纵行切口，切开粘膜后可触及术前插入腮腺导管内的麻醉胶管，钝性分离避开腮腺导管后，将肿物钝性剥出，且不可盲目粗暴分离或锐性分离。伤口缝合时应注意勿将腮腺导管和伤口缝在一起，否则将导致术后导管不通畅，引起腮腺肿胀。③术后应仔细检查导管是否通畅。方法为用干棉球或纱布隔湿后，挤压腮腺，看导管口是否有唾液流出。如有则证明导管通畅。否则，应及时查找原因，发现问题及时解决。避免再次手术给患者增加不应有的痛苦。

（赵宝东）

颈淋巴清扫术引发颈动脉窦综合征

【病史】 女，35岁。因发现左侧舌缘肿物半年，破溃4个月，从未治疗。

【查体】 舌左侧缘可见一2cm×2cm大小溃烂面，质韧，触易出血，边界欠清，无压痛，颌下及颈淋巴结未触及肿大，双肺呼吸音清，心率80次/分，律齐无杂音。

【辅助检查】 胸片示：心肺无异常。

ECG：正常心电图。

病理活检结果：（舌）高分化鳞状细胞癌。

【治疗】 全麻下行左舌颌颈联合根治术。全麻成功后先行颈淋巴结清扫术，手术开始时测患者脉搏76次/分，血压14/9kPa，当颈淋巴结清扫至颈动脉分叉处时，病人突然出现脉搏减慢、血压下降，嘴唇紫绀，脉搏40次/分，血压9/6kPa。麻醉师发现后立即报告手术者，手术者立即停止手术，5分钟后病人脉搏血压逐渐恢复正常。经分析认为是术中操作时刺激颈动脉窦引起，于是在颈总动脉分叉处的外膜内注射1%利多卡因1ml，手术继续进行，至手术结束，病人脉搏、血压平稳，安返病房。

【分析】

1. 颈动脉窦是颈总动脉的分叉、膨大部分，其动脉壁内含有来自舌咽神经的特殊感觉神经末梢，作用是将血压的冲动传至延髓的血管舒缩中心。颈动脉窦为压力感受器，对血液循环系统起反射性调节血压作用，对压力变化特别敏感，甚至很小的压力如手术牵拉、转头、颈部加压包扎等即可刺激产生颈动脉窦综合征。因此，进行颈淋巴清扫术时，牵引、触摸等刺激颈动脉窦时，即可突然发生脉搏减慢、血压下降、口唇紫绀、脑缺氧等，有时出现轻度抽搐，严重者可造成死亡。

2. 有学者认为颈动脉窦综合征诊断标准应为：①脉率突然下降至少25次/分或

降至60次/分以下，或收缩压及舒张压突然降低至少2.5kPa。②症状必须发生于在颈动脉窦处操作时。③心率过缓和/或血压降低在手术停止时立即恢复正常。

3. 本例即为在颈淋巴清扫术中牵拉、触摸颈总动脉分叉处，刺激颈动脉窦引起脉搏减慢，血压下降等症状。

4. 防治　手术时如在颈内动脉和颈外动脉之间或颈总动脉分叉处的外膜内注射1～2ml 1%利多卡因，可预防或解除颈动脉窦反射。一般在颈总动脉压迫刺激解除后数分钟即可恢复正常，亦可用肾上腺素、阿托品等解除症状。若反射症状持续存在，则应采取相应的抢救措施。

（赵宝东）

高血压病术前误诊致拔牙术后大出血

【病史】 男，58岁。因拔牙后出血不止1天急症人院。1天前患者在门诊拔除$\overline{65|}$后出血不止，当天下午在门诊给予清理牙窝，放置明胶海绵及棉球咬合止血。第二天拔牙创仍有渗血，总出血量约400ml，再次来院急诊，收入院治疗。患者有高血压病史10年。

【查体】 老年男性，急性病容，体温37℃，脉搏96次/分，呼吸24次/分，血压28/16kPa，右颏颈部肿胀，皮肤发紫，右侧口底有瘀血水肿，$\overline{65|}$缺失，拔牙创渗血，龈肿胀并有撕裂。双肺呼吸音清，无罗音，心率96次/分，律齐，$A_2>P_2$，腹平软，肝脾未及。

【初步诊断】 高血压病致拔牙术后大出血。

【治疗】 入院后给予重新清理拔牙窝，放入明胶海绵及凝血酶，置压碘仿纱条及棉球咬合压迫止血，同时给以止血敏2.0g，止血芳酸0.1g，维生素$K_1$10mg静脉滴注每日1次，并给以降压治疗，复方降压片2#3次/日，心痛定10mg 3次/日，巯甲丙脯酸50mg 3次/日，再给以抗生素预防感染及补液治疗。拔牙创未再明显渗血，同时血压下降至21/13kPa，肿胀消退，病人7天后出院。

【分析】

1. 牙拔除术是口腔科门诊最常见的手术。拔牙前应详细询问病人病史、仔细检查其局部及全身情况，准确掌握适应证及禁忌证（特别是老年人）才能尽量减少拔牙后并发症的发生。拔牙术后并发症常见有拔牙后出血、拔牙后感染等，而以拔牙后出血最常见，其原因为：①局部因素：以牙龈出血占多数。多因损伤过大，软组织撕裂、刺伤或牙周袋内的肉芽组织未彻底刮除所致。少数因根端部有残余肉芽组织或牙槽窝内有异常增大的动脉被撕裂或颌骨中心性血管瘤导致牙槽窝内出血。②全身因素：患有出血性疾病，如血友病、白血病、贫血、高血压等，拔牙前未能及时发现。

2. 分析本例出血的原因为　①拔牙前没有详细询问病史，如病人有高血压病史，应在术前测量血压，血压超过26/13kPa时不宜拔牙，应先服用降压药，血压下降后方可拔牙。②术中操作粗暴，使牙龈撕裂而导致出血。

3. 高血压病致拔牙后出血的处理　①应以慎重、细心的态度、对病员及其家属

反映的出血量有正确的分析与估计。且勿惊慌失措,否则会给患者造成更大的恐惧。②宜迅速清理患者口腔及周围出血,并用纱布压迫止血。同时询问病史,了解有无出血史及全身出血因素。③仔细检查口腔内出血情况,如仅有牙龈少量渗血,可用明胶海绵加局部止血药压迫止血;牙龈如有撕裂,应缝合;牙槽窝内有残留肉芽组织,应在局麻下刮除;牙龈活跃出血点应结扎缝合或电凝止血。④高血压病患者,应全身用药降压。⑤同时应用抗生素预防感染及补液等支持疗法。

(赵宝东)

上颌骨角化囊肿手术失误教训

【病史】 男,21岁。左上颌骨角化囊肿术后2年。2月来左上颌轻度胀感不适,于1993年3月12日入院。患者2年前因左侧上颌骨角化囊肿,局麻下行角化囊肿摘除术(病理诊断),术后病人痊愈出院。近2个月来,左上颌原手术区轻度胀感不适,无明显疼痛。X线鼻窦片示:左侧上颌骨囊肿术后改变。CT检查显示:左侧上颌后方有一囊性肿块,边界清楚,呈椭圆形,约5cm×7cm×5cm大,周围无骨质破坏。以"角化囊肿术后复发"收入院。既往史发育正常,体健。

【查体】 专科检查:颌面部对称,左上颌无明显畸形。左侧上颌窦区轻度压痛。鼻腔无阻塞及脓性分泌物流出。开口度正常,开口型无偏斜,殆关系正常,左上颌牙齿无松动,其前庭沟无饱满。口内触诊双侧牙槽嵴对称,左侧轻度压痛。

【初步诊断】 左侧上颌骨囊肿术后复发。

【治疗】 于1993年3月18日在局麻下行左侧上颌角化囊肿摘除术,手术切口自左侧尖牙至第二磨牙前庭沟,分离后充分显露上颌骨前壁骨板及颧牙槽嵴,见囊肿位于上颌结节后方,直径约3cm,包膜完整,上颌结节骨壁受压呈凹陷状,经剥离后完整摘除囊肿。囊腔内可见豆渣样干酪样物质和褐色囊液。冲洗术腔查无渗血。术中讨论,囊肿与CT不符合,CT显示囊肿要大得多。即用10号针头穿刺周围软组织,探查有无囊肿存在,虽多方向穿刺,均未探及明显囊肿,亦未抽出可疑囊液。手术结束,病人返回病房。次日摄CT片,仍显示囊肿阴影同术前无改变。故第二次在局麻下行上颌探查术,术中见囊肿完全位于上颌窦腔内,约5cm×5cm×5cm大,囊腔内仍为干酪样物质及褐色液体,完整摘除囊肿,碘仿纱条填塞,经下鼻道开窗引流。术后20天,患者痊愈出院。随访2年无复发。

【术后病理诊断】 左上颌骨角化囊肿。

【分析】

角化囊肿容易复发(文献报告其复发率为13.7%~62.5%);角化囊肿也可发生恶变,因此手术刮除要求彻底;在刮除囊壁后用石碳酸或硝酸银等腐蚀剂涂抹骨创,或用冷冻疗法以消灭子囊,防止复发。本病例第一次手术后2年复发,查其复发原因,可能与术中刮除囊壁后,骨创未进行处理(石碳酸或硝酸银涂抹骨创)有关;当角化囊肿复发,第二次手术由有经验的医师进行,虽能正规操作,完整刮除囊肿,但仍未吸取教训,囊壁周围骨创未作特殊处理(腐蚀剂涂抹);术中虽然想到摘除之囊肿与

CT 不符合，作了必要的探查寻找病灶，但未仔细探查其上颌窦，结果造成病变遗漏，使其再次手术。

CT 对囊肿的部位、形态、大小，与周围组织的关系显示清楚，术中应根据其解剖关系，将病变组织与 CT 对照，发现有不符合或无法解释的症状时，不能放弃寻找原因，这一点手术医师认识不足，也是造成手术失误的原因之一。

医技科室 CT 的显示与临床所见不符，术中不能轻易放过。①本例手术遗漏病灶，是不应该发生的失误，医生明知术中与术前不符也没有深究。②对复发病例，本应引起医生的高度重视，因第三次手术难度更大；还应全力避免再次复发。

（杨佑成　金志勤）

腭裂术后处理失误致术后复裂

【病史】 男，2 岁。因腭部裂隙 2 年入院。2 年前患儿出生后即被发现腭部有裂隙，不会吮奶，用匙勺喂水打呛，现有发音不清，不常感冒，为手术整复而住院。

【查体】 腭部自悬雍垂经软腭正中至硬腭处裂开，口鼻腔相通，牙槽嵴未裂开，上唇正常，扁桃体Ⅰ度肿大，咽部轻度充血。发音不清，鼻音重。心、肺、腹部、四肢未见明显异常。

【初步诊断】 先天性腭裂(Ⅱ度)。

【治疗】 入院后择期在全麻下行兰氏法腭裂整复术，手术顺利，术中出血少，未输血，术毕患儿清醒，安全返回病房。术后当天给以静脉滴注止血敏、抗生素及输液、禁食治疗。第二天始，少量补液应用抗生素，给以流质饮食。患儿哭闹较剧，饮食差，较术前少一半。因患儿小，不配合，无法进行口腔清洁。第五天见腭部裂隙及缝线周围红肿，轻度糜烂，第八天见软硬腭交界处有部分缝线开始脱落，伤口裂开。第十天抽出松弛切口处碘仿纱条，拆除缝线，见软硬腭交界处伤口部分裂开。

【分析】

1. 腭裂术后主要并发症有　①出血，可因损伤腭大动脉、鼻腭动脉和周围小血管而引起。②呼吸困难、窒息，常因插管损伤引起喉头水肿所致。③伤口部分裂开穿孔。

2. 正确的术后处理是防止术后并发症发生的关键。伤口裂开或穿孔的原因可由以下几种因素造成：①术中粘骨膜瓣松弛不够，缝合后仍有一定张力。②伤口感染、糜烂。③术后患儿大声哭闹使软腭张力增加。④术后饮食差或贫血致伤口愈合能力减低。⑤进食非流质使伤口受到摩擦。分析本例病人伤口裂开可能的原因为：①患儿术前即有轻度贫血，血红蛋白仅有 105g/L。②术后饮食差。③术后哭闹较剧。④虽然术后给以静脉滴注抗生素，但没有用抗生素或呋麻液滴鼻，亦没有进行口腔清洁护理。

3. 腭裂术后正确的术后处理应为　①术后当天应严密观察，预防呕吐、创口出血及呼吸道阻塞。应用地塞米松和雾化吸入以预防局部组织及喉头水肿；应用止血药。②术后两周内给以流质饮食。③术后应用抗菌药，预防感染。用抗生素或呋麻

液滴鼻，以防止鼻腔侧粘膜糜烂。④注意口腔清洁，饭后饮水和每日清洁创口一次。⑤防止病儿大声哭闹，注意保暖，预防感冒、咳嗽发生。⑥如患儿有贫血或术后饮食差，应及时加强支持疗法，可少量多次输新鲜血或血浆、白蛋白、补液等。⑦术后10～14天开始拆缝，因患儿不合作而不能拆线者，可用可吸收线缝合。伤口感染时应提前拆线。⑧因各种原因致腭裂术后复裂或穿孔者，可任其自行愈合，二期手术宜在一年后进行。

（赵宝东）

甲亢病人颌下脓肿切开后3小时死亡的教训

【病史】 女，48岁。多年反复牙痛，一周前右下颌牙齿再次肿痛，肌肉注射青霉素和链霉素5天无效，颌下肿大加重，跳痛，出汗，高热，躁动不安，强烈要求手术治疗。既往患甲亢5年，定期检查化验，从未住院，能操持家务。

【查体】 中年女性，惊恐表情、眼球突出，球结膜水肿，神态焦虑，语意错乱，手足颤动，颜面大汗淋漓，T39.5℃，BP27.6/10kPa，脉率180次/分，心界稍大，第一心音亢进，闻及Ⅱ°级收缩期杂音。口腔专科检查：上眼睑退缩，下落不能，眼裂增宽，前额皮肤上皱功能明显减弱，舌颤显著。右侧颌外及颌下区肿胀呈暗红色，压之波动感十分明显，下唇右侧肿胀外翻，牙齿$\overline{65|}$深龋松动，龈沟溢脓。

【辅助检查】 心电图示房性早搏，肝脾肾无异常，WBC15×10^9/L。$FT_3$36pmol/L（正常3～9pmol/L），$FT_4$50pmol/L（正常9～25pmol/L）（系就诊前2天化验）。

【初步诊断】 ①急性牙源性颌下间隙脓肿；②甲亢。

【治疗】 脓肿切开的手术者为工作15年的主治医生。因病人躁动，取半坐位，行右颌下区消毒，在颌下缘下2cm处（皮肤已菲薄）皮内注射0.5%利多卡因约0.5ml，刺针时病人突然尖叫，由他人按压病人，医生即刻用尖刀迅速刺破皮肤，大量灰白色脓液涌流而出，病人持续嗥叫挣扎，躁狂不停，规劝无效，丧失理智精神分裂。肌肉注射冬眠灵25mg，15分钟后叫声和躁动由减弱到停止。病人即刻转入瘫软、安静不动，BP如同术前，脉率190次/分，瞳孔等大给氢化考的松100mg加入10%葡萄糖盐水中静脉滴注，约2小时压眶反射消失，瞳孔开始散大，BP21.5/11kPa，2.5小时呼吸停止，3小时心跳停止。

【最后诊断】 ①甲亢并发急性感染；②甲状腺危象，循环呼吸衰竭。

【分析】

1. 原手术者的思路

(1)脓肿十分表浅，脓肿表面皮肤菲薄。

(2)家属要求手术排放脓液迫切，如有意外表示理解。

2. 本病案特点

1)甲亢病人并发急性牙源性颌下间隙脓肿。

2)该病人虽主诉求治的是脓肿，但就诊时的临床表现：FT_3及FT_4的值、体温、脉率、特别表现（大汗淋漓、躁动不安、语意错乱、惊恐等），已是典型的甲状腺危象状

态。

3)接诊医生对甲亢的基础知识和该病人的临床表现已意味着病情的严重性,均一无所知。

4)医生只知道脓肿刺破非常简单,手术前没有充分准备,更没有请内分泌专家会诊。

3. 教训

1)甲亢病人一旦严重感染,将是由一般甲亢转为甲状腺危象的信号。

2)防治感染和充分的术前准备是防止危象发生和由危象状态转入谵妄、昏迷、衰竭、死亡的关键。

3)对甲亢病人感染的处理一定请内分泌专家会诊,一并参加。

4. 小结　甲亢系指由多种病因导致甲状腺功能增强,临床以毒性弥漫性甲状腺肿多见,其症状表现是高代谢症群。因感染、精神创伤等应激因素而诱发或加重。

甲亢病人并发了必须外科治疗的疾病,不管如何简单和病家要求如何迫切,都必须认真系统检查和化验,同时请内分泌科医生会诊。

对甲状腺危象患者,术前首先服用PTU(丙基硫氧嘧啶)或MTU(甲基硫氧嘧啶)抑制T_4、T_3合成,然后再加用复方碘溶液抑制T_3、T_4的释放等处理,同时术前应用广谱抗生素。

(金志勤)

双颈外动脉结扎术失误教训

【病史】 男,48岁。颏下肿疼半年余。破溃出血5天,于1987年4月18日急症入院。患者半年前发现颏下长一肿物,似鸡蛋大小,不活动。肿物生长较快,初期无痛,随着肿物长大,伴有胀痛,未作治疗。近一月来肿物增长迅速,至鹅蛋大时,胀痛更加明显。5天前,突然肿物自行破溃,流血不止。即在当地卫生院行局部压迫止血,因无效果,急症入院。既往身体健康,无血液病史。

【查体】 急性病容,面颈部较多血迹,神志清,查体合作,面色苍白,双侧瞳孔等大等圆,心率112次/分,BP:10/8kPa,肝脾不大。专科检查:颏下肿块约7cm×7cm×6cm大小,边界欠清,颈部弥散性肿胀。肿物表面破溃流血不止,血呈暗紫色。无明显出血点,渗血明显。压迫止血无效。舌下及口底粘膜无肿物突出。双侧颌下腺不大。

【辅助检查】 血红蛋白7.0g,红细胞26.5×10^{12}/L,白细胞4.0×10^{9}/L,BT:2分;CT:3分,PC:11.0万/L。

【初步诊断】 颏下恶性肿瘤。

【治疗】 急症手术。在局麻下行双侧颈外动脉结扎术,结扎部位皆位于甲状腺上动脉与舌动脉之间。术中结扎一侧颈外动脉后,肿瘤出血减少,但仍流血不止。当对侧颈外动脉结扎后,肿瘤出血停止。输血1200ml,输液2000ml。病人返回病房后,查见舌体苍白色,呈缺血状态。术者考虑双侧舌动脉结扎后,可致舌体血供障碍,发

生坏死，即重返手术室分解一侧颈外动脉结扎线，但松解后肿瘤又出血不止，最终，将结扎线系于舌动脉以上，进行结扎。肿瘤虽有渗血，但量少。经输液、输血五天后行颏部肿瘤切除，胸大肌皮瓣转移修复组织缺损，术后七天拆线，住院半月痊愈出院。

【术后病理诊断】 颏下血管内皮瘤(低度恶性)。

【分析】

1. 手术失误常规思路原因

(1)颏下恶性肿瘤，晚期破溃出血，局部压迫不能止血，由于失血过多，造成失血性休克抢救病人，首先想到结扎颈外动脉，可以有效的止血，这是常规思路。

(2)当结扎一侧颈外动脉后，肿瘤仍出血不止，无缓解趋势，紧急中，又作了对侧的颈外动脉结扎，双侧颈外动脉结扎后肿瘤出血停止，为肿瘤手术切除创造了条件。这也符合手术原则。

(3)虽肿瘤破溃出血停止，但舌体颜色变苍白，处于缺血状态，有坏死之可能。

2. 手术失误原因分析

(1)因肿瘤、外伤等因素，难以控制的颌面部出血，结扎颈外动脉，是有效的治疗方法。常规情况下，结扎颈外动脉的部位一般在甲状腺上动脉与舌动脉之间。本病例因肿瘤位于颈中线，作一侧颈外动脉结扎后，可由对侧的颈外动脉侧支循环供血，故肿瘤仍出血不止。但术者紧急忙乱之中，没能考虑到结扎部位的变换，结扎双侧颈外动脉后，舌动脉供血阻断，使舌体缺血，如不及时发现舌侧颜色变苍白，采取补救措施，将带来舌体坏死之危险。

(2)舌体唯一的供血动脉是舌动脉，结扎一侧舌动脉，可由对侧舌动脉建立侧支循环供血，舌体血运可不受影响，如果结扎双侧舌动脉舌体别无其他供血血管，可发生坏死。

(3)由于术者基本功扎实，技术全面，虽紧急忙乱中考虑手术方案欠妥善，但发现问题，能果断急时处理，将常规颈外动脉结扎部位改在舌动脉之上，免因手术失误使舌体坏死。这也是弥补这次手术失误的重要关键。

(杨佑成)

颈淋巴清扫术误伤迷走神经

【病史】 男，64岁。因舌部左侧溃烂6月余，于1988年5月13日入院。患者6月前自述舌左侧反复溃烂，无疼痛。

【查体】 一般情况好，双肺呼吸音清，未闻及干湿性罗音，心率82次/分，律音规整，心脏各瓣膜区听诊未闻及杂音。专科检查，舌体中后1/3左侧缘溃烂，溃烂面约1cm×0.8cm大，表面未见分泌物附着。伸舌居中，舌体运动较灵活。左侧颌下触及2个肿大的淋巴结，约1cm×1cm×1cm，压痛不明显。

【辅助检查】 胸部X线片未见异常，舌溃疡处经活检病理报告为"舌鳞状细胞癌。"

【初步诊断】 舌鳞状细胞癌($T_2N_{1b}M_0$)。

【治疗】 于1988年5月18日在全麻下行左半侧舌切除及左侧颈淋巴清扫术",按常规切口分离,打开颈鞘显露颈内静脉后。当用弯止血钳在锁骨上窝血管后方钳夹、切断,结扎间隙疏松组织时麻醉师发现病人心率骤增,每分钟120次左右,但血压、呼吸平稳,未引起手术者注意,手术继续进行。清扫锁骨上三角,颈内静脉淋巴链,副神经淋巴链,清扫颈动脉三角,颌下三角及颏下三角,当分离颈内静脉上端准备切断结扎时,发现迷走神经附着在清扫之大块组织上,下端已断离,与颈内静脉结扎在一起,此时术者恍然大悟,方知心率加快之原因。遂顺利地完成了神经吻合术,术毕送患者回病房苏醒室观察。给静脉滴注心得安针剂2.5mg,每8~12小时一次,心率维持在110次/分左右,手术当天患者声音嘶哑,进水呛咳,心慌、咽痛,发音困难。改用心得安10mg,利眠宁10mg,每日三次口服,术后第三天,心率维持在90~100次/分左右,术后第10天,80次/分左右,停用药物,观察10天,心率基本稳定,但声音嘶哑无明显改善。切口Ⅰ期愈合,术后半月出院。随访1年,声嘶消失。

【术后病理诊断】 舌鳞状细胞癌(颈淋巴结转移)。

【分析】

1. 手术失误原因分析　颈淋巴清扫术在口腔颌面外科属常规性手术,术中迷走神经损伤实属罕见。本病例迷走神经损伤是医源性造成。究其原因:手术者虽能熟练地完成颈清扫术,但在某些细节问题上,操作技巧不足,粗心大意,急于求成,乃至违反操作规程。本手术在分离结扎颈内静脉时,应将迷走神经显示清楚,或用止血钳分离挑起颈内静脉,在其表面触摸是否有条索状物,以排除血管与神经并存的可能性,然后再决定结扎、切断。

2. 被误伤迷走神经的临床特点　迷走神经干在颈段位于颈动脉鞘内垂直下行,居颈内静脉和颈总动脉之间的后方。颈淋巴清扫术中一般很少出现迷走神经干的损伤。损伤后即出现声嘶、呛咳。

3. 教训

(1)手术操作不够认真,在未显示出迷走神经,也未采取措施排除血管与神经并存之可能,即行钳夹、切断颈内静脉,确存在一定的盲目性。

(2)本例手术者在遇到意外情况能冷静地把握时机,果断地行神经吻合术,避免了因医源性迷走神经损伤给患者带来不应有的并发症。若不及时行神经吻合术,二期手术吻合的可能性很小,那将给患者留下终生的失声。

(3)对择期手术,手术者分离要锐利,钳夹切割要在直视下,对组织的识别判断要多方位,禁忌凭经验、凭熟练盲目切割。

(赵宝东)

颌下腺手术误伤舌神经

【病史】 男,34岁。1984年因左颌下无痛性肿块2年入院。

【查体】 左颌下区隆起,可触及包块,约3cm×2cm×2cm大小,呈结节状,质地

中等,活动,边界清楚,无压痛。双合诊左颌下腺导管内未触及结石,导管口正常,未见脓性分泌物溢出。右侧颌下腺正常。

【初步诊断】 左颌下腺混合瘤。

【治疗】 手术采用常规左颌下切口长约6cm,切开皮肤、皮下组织、颈阔肌,暴露颌下腺包膜并剪开,结扎颌外动脉及面前静脉,手术分离进行到腺体后下极时,术者将舌神经误认为颌下腺导管将其切断。后分离导管时注入麻药证明导管存在。随即行舌神经断端吻合术。切除颌下腺及瘤体。7天拆线,10天出院。术后左半侧舌体麻木感明显。口服维生素 B_1,肌注维生素 B_{12} 治疗观察。术后随访半年,舌麻木感减轻,逐渐好转,一年后感觉恢复正常。

【术后病理诊断】 颌下腺多形性腺瘤。

【分析】

1. 颌下腺手术失误原因分析　颌下腺摘除术比较常见,但导致舌神经损伤者比较少见,误伤切断舌神经者更为罕见。伤及主要原因是由于手术者在摘除颌下腺时,未能正确辨认颌下腺导管与舌神经的解剖关系,误把舌神经当作颌下腺导管。

2. 被损伤的舌神经与颌下腺导管的解剖特点　两者均位于颌下腺的深面,在舌骨舌肌浅面,自后向前经下颌舌骨肌的深面进入口底间隙。在舌骨舌肌浅面,自上而下依次排列为:舌神经、颌下腺导管及舌下神经。舌神经位于二腹肌中间腱的上方,舌神经与颌下腺导管的关系密切,可从两方面鉴别之:①舌神经下方连于颌下神经节;颌下腺导管则直接发自颌下腺。②舌神经位于颌下腺导管的上方,至舌骨舌肌前缘及下颌舌骨肌深面时,舌神经自外上钩绕颌下腺导管,经其下方转至其内侧和上方。

3. 教训　①术者对局部解剖生疏,对舌神经与颌下腺导管的毗邻关系不熟悉。②当手术分离出颌下腺导管或舌神经时,主观臆断,缺乏识别能力,对两者没有进行鉴别。③对舌神经及颌下腺导管走向不清楚。舌神经在颌下区走行呈"U"型,而导管是起于颌下腺直接斜向上方走行于下颌舌骨肌浅面。④可触摸辨别神经与导管,神经呈条索状,触及稍硬,导管较神经软。⑤直视下,神经呈银白色,导管则呈粉红色。⑥误伤切断后,神经断面无管腔,而导管断面有管腔。

本例手术者虽有失误,但冷静地把握住时机,顺利地完成了神经断端吻合术,避免了终生不良后果。如第二次手术吻合,患者增加一次痛苦,而且会因组织粘连,舌神经断端不易寻找和辨认,甚至无法解剖出舌神经再行吻合术,使手术既难又容易失败。

（杨佑成）

口底、双颌下术后出血窒息

【病史】 女,48岁。口底中部一乳头状高起肿物3个月,表面逐渐破溃1个月,同时有轻微疼痛,口服消炎药10天无效。专科查体见舌下肉阜之间一直径约0.6cm高起肿物,已破溃,敷以坏死组织,基底动度好,活检为高分化鳞癌,颈部无可疑肿块,

化验检查无手术禁忌证马上住院局麻下行“口底肿物及舌下腺全切除术”加“双侧舌骨上淋巴清扫术”。术中用电刀切除病变组织，清扫舌骨上诸淋巴结，摘除双侧颌下腺。术中出血不多，手术顺利，术腔置橡皮引流条，分层对位缝合，加压包扎。术后第一天，患者一般情况好，加压包扎稳固，面部肿胀不明显，术区疼痛不重，可进流食。术后24小时去除引流，渗液不多，仍加压包扎。术后第二天开始，口唇周围、口颈部、口底明显肿胀，口唇周围皮下出血，症状进行性加重，临床考虑术后组织水肿，术后反应，未作特殊处理。术后第三天，肿胀进行性加重，咽、口底瘀血，出现呼吸困难，不能平卧，端坐呼吸，仅给吸氧。当病人出现端坐呼吸也有困难，口唇紫绀，烦躁不安时，考虑局部原因，故急症入手术室，迅速将切口各层缝线拆除，见口底、舌骨上术腔创面渗血，清除血凝块，吸氧，创腔充分暴露，约半小时后，呼吸困难解除，神志清醒，查无明显出血，重新缝合渗血创面及切口，再置引流条，加压包扎。术后8天拆线，痊愈出院。

【分析】

颌下舌骨上淋巴清扫术后出血，常见原因为颌外动脉或较粗的静脉结扎线脱落以及创面的严重渗血所致。一般约在手术后24～48小时内发生，为此，术后严密观察病情变化及时处理显得特别重要。一旦出现意外，急救措施应急时正确，果断迅速，方使患者转危为安。本病例在发生呼吸困难，烦躁不安，缺氧等情况下，经给氧，打开切口，清除血肿后呼吸困难解除，神志清醒，再置引流，缝合切口，痊愈出院。

颈部及颌下软组织异常肿胀可造成上呼吸道梗阻，如不及时处理，病人可迅速发生窒息而死亡。颈部软组织肿胀可压迫气管，造成局部静脉回流障碍，组织缺血缺氧，形成恶性循环，最终导致喉头水肿，随着水肿加重，病人呼吸困难愈加严重，大脑缺氧，出现烦躁、恐惧，精神高度紧张。此时即使是轻微刺激也可能发生喉头水肿，导致窒息。在抢救这类呼吸困难患者，应分秒必争，抓住主次，不失时机。由于上颈部术后出血，血肿可直接压迫周围器官，其血凝块使喉头受压，水肿发生窒息。急救的首要任务是解除压迫，清除血肿。必要时应及时做气管切开。

应吸取的教训：①患者系一急盼早日手术的熟人，在血压高的情况下（22/14kPa），又是用局麻，本不应该马上手术（违反手术原则）但由于多种因素，使医生轻率地施行了手术。②患者术中术后虽采取了止血措施（应用电刀和止血剂），但术后第二天月经来潮，情绪也不稳定，这也是造成出血的原因之一。正是外科医生最容易忽视的全面思考问题整体的统一性。③术后未控制血压。④术后肿胀，皮下瘀血，主管医师应能准确地判断为术后出血，或及时向上级医师汇报，均未做到，铸成大错。

本病例并发症的预防，关键是术前严格掌握手术适应证及禁忌证，术时要紧凑，麻醉方式要正确而规范，术者要有熟练的外科基本功和基础知识及操作技巧，熟练掌握局部解剖和手术的程序。术中操作要轻柔、细致、准确，严禁操作粗野。术后48小时内减少颈部活动，严密观察病情变化，对术后反应性肿胀及术后创腔出血应作出及时准确地判断。必要时应床旁备急救气管切开包。

（杨佑成）

腮腺深叶肿瘤手术误伤面神经

【病史】 女,48岁。左耳前下方肿物3年,无不适感,未治疗。肿物缓慢生长,近半年肿物增长加快。

【查体】 左耳前下方肿物呈椭圆形,边界清,约4cm×5cm×4cm大,不红肿,无压痛,中等硬度,表面光滑,活动,与皮肤无粘连,以"腮腺混和瘤"入院。

【初步诊断】 腮腺多形性腺瘤。

【治疗】 1989年6月10日在局麻下行左腮腺切除及面神经解剖术。术中发现肿物位于腮腺深叶,采用由周围向中心解剖面神经的方法,完好地解剖出面神经各分支,将各支游离后用橡皮条向上方轻柔牵引。在分离腮腺深叶发现瘤体与腮腺床连接紧密,但包膜完整。有细小血管伸入到瘤体与腮腺组织中。在神经主干下方,将腮腺深叶与瘤体全部钳夹切割摘除,当缝合结扎时,发现面神经总干已被切断,左侧面部呈现瘫痪。术者即刻用无损伤9-0缝线将神经鞘膜作断端缝合6针,冲洗术腔,置橡皮引流条,按层次缝合,术毕。术后检查患侧面部完全性瘫痪,左额纹消失,左眼睑不能闭合,鼻唇沟浅,鼓腮不能,下唇歪向对侧。

【术后诊断】 ①左腮腺深叶多形性腺瘤(病理);②左侧完全性面瘫(损伤性)。

【术后治疗】 术后常规补液3天,注射抗生素5天,同时注射维生素B_{12}、ATP、辅酶A,每日1次;口服强的松片10mg,每日3次,连续10天;维生素B_1、维生素C片剂均口服,每日3次。切口Ⅰ期愈合。第16天出院。继续注射维生素B_{12},ATP,辅酶A,口服维生素B_1和维生素C等药共6周,但面部功能无明显好转。4个月时随诊,患者自觉面部功能有好转,进食明显漏饭、漏水现象;上下眼睑已可活动,仍不能闭合。6个月复诊面部症状即有明显改善,10个月面部功能基本恢复,12个月后左侧面部瘫痪症状完全消失。

【分析】

1. 腮腺深叶混合瘤手术特点

(1)须完整切除肿瘤及全腺体,解剖并保留面神经。

(2)必须保证面神经不受损伤,特别是颞支和下颌缘支。

(3)禁忌弄破肿瘤包膜,以免导致瘤细胞种植复发。

2. 教训

(1)本例面神经损伤系术者手术不慎所致,是不应发生的失误。

(2)从手术操作来看,术者应基本功扎实,技术较全面,遇到意外情况能把握住时机,果断地进行面神经吻合术。假如再次手术吻合会更困难而麻烦,还容易失败。同时要给患者增加一次不应有的痛苦。

(3)解剖面神经周围各个分支,并用橡皮条采取了较妥当的保护措施,但在切断最后组织时,没有对面神经总干采用保护措施,而且刀锋又正对面神经总干是错误的。

(4)手术后期对手术刀把握欠准确,使其在止血钳上滑向面神经而使其迎刃而断

了。这确实是不应该发生的失误。

(5)腮腺和面神经的关系是密切和复杂的,对这类手术必须耐心细致,任何情况下切不可操之过急,盲目粗暴。尤其是手术进行到关键部位,更应注意操作技巧,轻柔灵活方能达到预期的手术效果。笔者还曾遇到一例腮腺手术基本结束时,因粗暴用力不慎将面神经主干从茎乳孔拔出,教训惨痛。

（杨佑成）

术中误扎颈总动脉术后昏迷死亡的教训

【病史】 男,13岁。近2年左下颌牙龈时常自发出血,刷牙吃饭更明显;同时牙床变厚牙齿松动也逐渐加重。近2月夜间突然大出血2次,至不省事。经县医院气管切开、输血等处理,出血停止,神志清醒。1颗经常出血并十分松动牙齿,于1周前在当地牙科所拔除时又喷涌性出血,临床压迫止血同时急转上级医院。经再次输血等抢救处理而止血,待下颌骨病灶确诊治疗。既往健康、无其他系统疾病史。

【查体】 少年男性,苍白貌,体检正常。口腔专科检查:$\overline{|4}$缺失,$\overline{|5}$松动明显,$\overline{|2\text{-}6}$牙列不齐,其前庭沟饱满,牙槽突向唇侧膨隆,表面的粘膜血管丰富充血红润,有压缩性。该处唇颊软组织较健侧肥厚,压缩性更明显。下颌骨区域未闻及吹风样杂音。

【辅助检查】 各化验除红细胞为3.5×10^{12}/L、血红蛋白为90g/L低于正常外,余均正常。

左侧下颌骨体侧位片示:$\overline{|1\text{-}7}$区域呈肥皂泡样重叠阴影,下齿槽神经管明显变粗,仅下颌骨下缘连续性存在。

于患侧前庭沟膨胀最明显处穿刺,仅转动穿刺针栓,新鲜血液即涌入注射器内,非常活跃。

【初步诊断】 下颌骨中心性血管瘤。

【治疗】 血红蛋白纠正达120g/L后准备手术。经麻醉科、口腔科共同会诊意见,各项检查均正常附合手术条件,为防止术中出血过多和切除病灶骨组织时大出血,首先结扎颈外动脉。经鼻腔插管静脉复合麻醉,颌下常规切口向颌后延伸,为暴露颈总动脉及分叉充分。在暴露过程中3次在颈动脉窦周围注射利多卡因。结扎颈外动脉用7号和4号线两次在甲状腺上动脉上方绕过动脉,由三位手术医生各查一遍无误,为万无一失,在提夹结扎线前后请麻醉师于头部触摸颞浅动脉是否由搏动而停止,也证明无误然后双线结扎。锯除下颌骨的病灶区骨段非常顺利,输血共400ml。术后气管切开。始终麻醉平稳,心率70~80次/分,心律规整,血氧饱和度97%以上,导尿液清亮。手术历4小时,全程顺利。

气管切开后3小时患者仍无吞咽及咳嗽反射,复查所用麻醉药品及术中的利多卡因合法用量合理、用法规范。手术多人所见也无不妥之处。当时认为可能由个体对麻醉药物敏感性的差异所致,给高渗葡萄糖60ml静脉推注,持续吸氧。术后5小时双瞳孔比术中大,球结膜水肿明显,此时找回主管麻醉师和手术者,两科室会诊没

找到脑水肿原因，其间血生化及血氧饱和度均正常。给20%甘露醇125ml静脉快速输入、进高压氧仓治疗。术后48小时进入深度昏迷状态(肌肉松弛，角膜反射、瞳孔对光反射、吞咽反射、咳嗽反射、腱反射均消失)。呼吸出现不规则，BP由14/8kPa到10/5kPa。即刻全院专家组会诊由脑外科医生发现两眼底严重缺血水肿，左侧视神经乳头苍白，动脉闭塞，呈白条状。对手术和麻醉仍无破绽可找。拟诊为脑血管异常所致，仍给脱水及高压氧治疗。随后心率由85次/分逐渐到120次/分，心律紊乱，自主呼吸消失，术后96小时死亡。

尸解证实：患侧甲状腺上动脉源于颈总动脉，结扎线虽在甲状腺上动脉上方，但结扎的仍是颈总动脉。

【术后病理诊断】 颌骨血管瘤。

【分析】

1．原手术医师、主管麻醉师按常规操作的合理性

(1)为切除颌骨中心性血管瘤避免大出血首先结扎颈外动脉符合常规。

(2)多位手术者检查颈外动脉结扎线在甲状腺上动脉上方，并由麻醉师在头部触摸颞浅动脉来证实，也是早期书籍所描述的。

(3)手术顺利，手术结束后手术者离开，助手留守也是允许的；麻醉诱导后插管顺利，主管麻醉师离开，由麻醉助手监管负责，部分医院也这样安排工作。

(4)术后2～3小时病人不醒，时有发生，一是手术者对手术时间估计不准确，麻醉师用药很难恰时；再是刚从事麻醉的医师为保证手术中满意，让病人始终平稳不动，往往用药量是合理的"高限"；三是非典型手术，对难度估计不足，对延长时间后的各方面(包括器械、麻醉方式等)都没有准备，麻醉师在勉强下进入角色，往往只能多用麻醉药。因此，对术后病人短时间内不苏醒，部分医院的麻醉和手术人员已习以为常，"留守者"为助手。

2．本病案特点　该例颌骨中心性血管瘤的诊断、手术治疗方案和操作都是符合规定；术后5小时病人不苏醒方找回主管麻醉师及手术者；致脑缺氧、脑水肿的原因至术后96小时病人死亡尸解方得解答。

3．教训　麻醉顺利手术中主管麻醉师可兼管几台手术，手术者可在术毕离开；为避免术中大出血或为恶性肿瘤动脉灌注治疗，经常行颈外动脉结扎，教科书也论述，手术时还常以摸不到颞浅动脉或颌外动脉搏动为标志，以证实结扎者系颈外动脉。但是对可以"离开"及可以"结扎"的另外条件没有作到而付出以生命为代价的教训。

1)手术者及主管麻醉师离开时没有说明有问题、及有什么样问题到何处找他们。

2)术中至术后5小时没有认真观察瞳孔前后变化；发现有变化也未看眼底。

3)手术者在甲状腺上动脉上方结扎颈外动脉，是早期书籍记述，新教科书明文是在甲状腺上动脉与舌动脉之间结扎。

4)术后48小时方发现患侧眼底动脉完全闭塞呈白条状，但拟为脑血管畸形所致。术后专家组会诊时无人问及结扎线的上方是否看见了舌动脉没有。

4. 小结

(1)误将颈总动脉作颈外动脉结扎的教训时有报道。除医生操作的盲目性原因外,多由手术者不了解甲状腺上动脉还可在颈总动脉分出的变异情况。

(2)结扎颈外动脉时必须是在颈总动脉的上端颈内外动脉分叉上,其中1支又有分支者方可结扎。

(3)废用触摸颞浅动脉搏动消失即为颈外动脉结扎证据这一早期方法。

(4)麻醉医师对结扎颈外动脉患者,全麻时要在结扎前、时、后加看眼底;对局麻或强化麻醉加局麻者,要观察瞳孔,两侧对比。特别对初次施颈外动脉结扎、及临床经验不丰富的手术者,此举更加必要。如误扎颈总动脉可即时解除。

(金志勤)

误扎颈总动脉死亡的教训

【病史】 男,16岁。半年前右侧下颌骨体部受伤后逐渐肿胀,右下牙龈经常出血,局部不痛,全身无不适。

【查体】 发育营养一般,右侧下颌骨体部膨隆,有乒乓球样感,局部穿刺抽出鲜血。颈部未扪及淋巴结。心、肺无异常发现。

【辅助检查】 出血、凝血时间及血常规检查均正常。X线片显示右侧下颌骨体膨隆呈多囊状破坏。

【临床诊断】 下颌骨中心性血管瘤。

【治疗】 全麻下行右侧颈外动脉结扎+右侧下颌骨体切除术。手术按常规进行,在甲状腺上动脉与舌动脉之间双线结扎,然后暴露右侧下颌骨体,当接触瘤体时,突然大出血约1000ml,局部压迫出血减轻,经双侧下齿槽动脉再次结扎后出血方停止,然后切除右侧下颌骨体。总计出血约1600ml,输全血1600ml。回病房后患者一直未清醒,术后13小时呼吸突停,虽经积极抢救,未恢复自主呼吸,于第5天死亡。死后立即尸体解剖,发现甲状腺上动脉右侧由颈总动脉分出,结扎线位于颈总动脉分叉以下0.3cm,颈总动脉被结扎。右侧脑软化、变性坏死。

【病理诊断】 动脉瘤样骨囊肿。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　术者对局部解剖不熟悉,仅以甲状腺上动脉起始确定结扎关系,颈总、颈内外动脉分辨不清,对少年颈总动脉粗细认识不足。而甲状腺上动脉起始于颈总动脉。由于临床及X线片不易区分动脉瘤样骨囊肿与颌骨中心性血管瘤,易造成术前误诊。

2. 本病案特点　甲状腺上动脉由颈总动脉分出,少年颈总动脉与成人颈外动脉粗细相似。结扎颈总动脉后瘤体内血流压力仍很高,造成大出血,双侧下齿槽动脉结扎后方才止血,显示本病例双侧动脉交通支很发达。

3. 教训　结扎颈总动脉之前应复习解剖关系,充分认识血管之间的关系。术中要解剖仔细,发现变异血管后应慎重处理。

甲状腺上动脉的起始，我们对100例尸体解剖统计，41%的甲状腺上动脉起始于颈外动脉，47%起始于颈总动脉分叉处，12%起始于颈总动脉。本例患者甲状腺上动脉系起始于颈总动脉。

4．小结　动脉瘤样骨囊肿是一种良性、非肿瘤性骨病变。是一个充满血性液体无血管内皮细胞的腔。发病原因不清，有人认为是某些良性肿瘤变异成内出血，亦有人认为是一种独立病变。由于动、静脉循环异常，血液动力学改变，血腔压力很高，骨内发生继发性反应性改变。本病多见于青少年，女性稍多。病变发展缓慢，X线片显示颌骨膨胀性单囊或多囊性改变，牙齿可松动移位，本病易与颌骨中心性血管瘤、颌骨囊肿、造釉细胞瘤、巨细胞瘤等相混淆，应提高警惕及鉴别能力。

（李宁毅）

颌下腺摘除后12小时窒息死亡的教训

【病史】 男，50岁。左颌下肿物2年。2年前晚饭时左颌下胀痛肿大，3小时后开始变小，吃酸食物胀大更明显。间断服用消炎药及半年中药均不能根治。近半年曾两次高热，肿痛剧烈，静脉滴注先锋霉素方退热消肿，嗣后晨起口内咸味。从未服用抗凝药物，无出血倾向，身体健康。

【查体】 中年男性，体格健壮，心肺肝脾未查及异常。口腔专科检查，牙齿整齐，粘膜正常。左颌下在仰头时较右侧明显突出，扪及突出为颌下腺，较对侧大而硬，表面光滑不平整，约3cm×2cm×2cm大，周界清楚，活动度差，触痛轻。挤压两颌下腺时左颌下腺导管口为脓性分泌物溢出，右侧为清亮液体，舌活动正常。

【初步诊断】 慢性颌下腺炎。

【治疗】 手术者为工作13年主治医师，助手为工作2年住院医师。局麻下行颌下常规切口避开面神经下颌缘支，结扎切断颌外动脉与面前静脉。在颌下腺内后方的颌外动脉的近心端结扎切断；在颌下腺导管入口底之前避开舌神经、舌下神经，先切断舌神经至腺体的分支后再结扎切断导管，将整个颌下腺及其肿物在被膜外锐性进行分离，同时把淋巴结、脂肪、蜂窝组织在颌下及颏下三角区内与腺体同块切除。手术顺利，出血约10ml，缝合包扎由助手完成，置橡皮引流条1条，历45分钟结束。标本送病理，病人自回旅馆。青霉素80万单位肌肉注射，2次/日。住医院旁简易旅馆。

术后12小时，病人由家属架扶历1小时步行约300m来医院。家属连喊："憋气，憋气……。"病人微前倾，移动一步不及足长，舌尖前伸，口流涎液，两眼呆滞，不能言语，面色灰暗，舌唇肿胀、紫绀，数分钟病人倒地抽搐、呼吸停止、脉搏消失，心音微弱，瞳孔散大，立即体外心脏按压。20分钟内气管切开，机控呼吸，45分钟时心音消失，心电图示室颤，1小时心跳停止，心内注射三联（正肾素、副肾素、阿托品），1分钟后心跳恢复，2分钟再度停跳而死亡。

追问家属得知，去旅馆后憋气，只能坐位。术后约7小时呼吸已很困难，但自认为会缓解，约11时不能再忍受方来医院。

【术后病理诊断】 颌下腺慢性炎症。

【分析】

1. 原手术者常规操作的规范性

(1)以手术通知单术前1天预约手术。

(2)身体健壮的患者,各种化验及检查正常、肿物又相对表浅、有包膜、局限,可以门诊手术。

(3)操作熟练又规范,手术顺利,缝合皮肤和包扎可由助手完成。

2. 本病案特点

(1)上级大夫没有说明下级大夫应如何缝合、包扎、以及必须注意什么。

(2)没有向病人交待可能出现的问题,及应急方法,与医院联系方式,手术结束应留病人观察数小时。

(3)病人回医院时,面部呈窒息样。

(4)颌下压迫纱布过厚,绷带缠绕过紧,严重的是绷带经过头顶至舌骨上与颏下缘之间颏下沿绷带走向有明显瘀斑。

(5)有血迹纱布不足6cm×6cm,术腔内无血块。

(6)尸解,心脑血管正常,组织均高度水肿,左心室增大。

3. 小结

(1)颈部上方,舌骨平面以上,需用绷带缠绕压迫纱布来消灭创腔时,所用力度必须在保证舌不后坠、呼吸通畅为前提。

(2)缠绕绷带的支点为下颌颏突、下颌角头颅顶;绝不可上方以头颅顶、下方以舌骨上和颏下缘之间为支撑点。如此等于"吊勒",无疑将发生舌后坠。

(3)止血彻底、缝合严密,如需引流,用负压引流球既安全又方便。

(4)对病人嘱明注意事项。

(5)同一具体操作上下级医生可先后分段负责,但衔接处必须上级医生要有明确医嘱和各自责任。

(金志勤)

腭裂整复误伤咽旁小动脉出血的失误教训

【病史】 女,5岁。系腭裂术后20天,局部切口处出血11天入院。20天前因先天性腭裂在当地医院行腭裂整复术,经过良好。于术后第9天去除腭部松弛切口内碘仿纱条时,左侧松弛切口出血约100ml,重新填塞碘仿纱条止血。于术后第18天,第2次去除碘仿纱条时再次出血,量多大约300ml,重新局部填塞并输鲜血400ml后,转来我院。

【查体】 患儿发育营养尚可,神情紧张,面色苍白,全身皮肤未见出血点、紫癜,心肺无异常,腭部正中切口愈合尚可,左侧松动切口内及其周围已塞满碘仿纱条,周围有渗血。

【辅助检查】 血常规、出血时间、凝血时间均正常。

【临床诊断】 腭裂术后出血。

【治疗】 入院后给予抗生素及止血药物治疗至第6天，在全麻下探查伤口，拆除刀口缝线及碘仿纱条固定线，去除碘仿纱条，见左侧松弛切口创口较大，创口向后延及咽旁，深达2cm，在深处可见一动脉搏动，搏动旁有一出血点仍在渗血，腭大血管神经束位于腭部组织瓣下，未见到活跃出血点。于创口深处放置一块浸有凝血酶400单位的明胶海绵，一号丝线拉拢缝合2针，创口表面置碘仿纱条，荷包缝合固定。术后给予青霉素肌肉注射预防感染，一周后去除碘仿纱条，拆线出院。随访两个月患儿生活良好，未再出血。

【分析】

1. 造成出血的原因　系在基层医院手术，术者经验不足，解剖不熟悉，为防止刀口裂开而盲目扩大松弛切口。术后第9天去除碘仿时发生出血，又重新用力填塞碘仿纱条，致使伤口进一步扩大，反复两次则使松弛切口创面更加宽而深。盲目粗暴操作，又很难准确、确实地压迫出血的血管以致出血反复不止。

2. 本病案特点　腭裂术后20天仍由松弛切口流血实属罕见。松弛切口延及咽旁伤及血管而致出血系手术者失误造成。

3. 教训　术者在术前应进一步复习解剖及手术步骤，手术操作不能盲目。腭裂术后出现异常出血，经常规压迫等处理无效时要探查创口，查找出血点。

4. 小结　腭裂整复术，为了减张力而松弛，但要有规范的限度，对松弛的组织层次、范围和深度应心中有数。

（李宁毅）

腭裂术后出血性休克误诊为创伤反应

【病史】 男，4岁。先天性双侧完全唇腭裂，两年前行唇裂整复。3天前在查体及辅助检查均符合手术条件下，用犁骨瓣加四瓣法整复腭裂，手术顺利，2小时30分结束，醒后拔管送患儿回病房。术后第1天患儿安静、平卧，不进食时也吞咽，检查口内上颌两侧牙间细钢丝固定的碘仿纱条完好，未见异常，考虑可能因碘仿纱条填压过厚，有异物刺激感所致。患儿极合作，注射等穿刺时从不哭闹，1日内能进流质约800ml。5%葡萄糖盐水500ml，加维生素C 2g静脉滴注，每天1次，洁霉素0.2g肌肉注射，每天2次。术后第2天患儿仍躺卧，神志迟钝，时有恶心，但不呕吐，面容痛苦，呻吟，额部出汗，口渴，进流质约1300ml，吞咽动作较频，口内纱条表面及口水中未见血迹。第3天上午患儿虽能进食，却哭闹不安，面色略显苍白，呼吸稍急促，但通畅，无鼻翼煽动，体温38.5℃。医生认为患儿的不适和痛苦，是由手术创伤正处水肿和吸收热高峰期所致。到下午5时症状加重，为使小儿降温及安静，将安乃近40mg、苯巴比妥钠30mg，即刻肌肉注射。注射后小儿不仅不安静，更加激动、烦躁、面部出汗、不听规劝，15分钟后为使小儿确保安静，又肌肉注射氯丙嗪7mg，注射后小儿很快恶心及吞咽动作消失，约5分钟，面色迅速极度苍白，手足在挣扎乱动中突然喷涌样呕吐，内容物为总量约600ml紫红色液体，瞬间瘫软不省事。

【查体】 意识丧失，呼吸停止，脉搏消失，心音极低钝，心率很快无法计数，瞳孔散大，对光反射极迟钝，肌张力很低，用力压眼眶可见手动，小便失禁。

【辅助检查】 WBC11×10^9/L，RBC3×10^{12}/L，Hb90g/L，BT：DRKE法2分钟，CT：玻片法4分钟。呕吐物为深紫红色液体，潜血试验卌。

【初步诊断】 失血性休克。原因待查。

【治疗】 遂即吸净患儿口内分泌物，口对口人工呼吸，快速气管内插管，可拉明70mg，安钠咖70mg，洛贝林3mg，新福林5mg均肌肉注射，50%葡萄糖60ml静脉快速注射，另一静脉快速输入5%葡萄糖盐水，9分钟后自主呼吸恢复，心率逐渐清晰，15分钟后脉搏清楚，每分钟160次，20分钟后睁眼欲哭。又输血200ml，1小时后心率每分钟120次，安静入睡，唇稍红润，面色苍白好转，3小时后小儿极安静，意识清楚。静脉复合麻醉下拆除口内碘仿纱条，未查到可疑出血点，再行上颌两侧牙间拴钢丝，钢丝与腭之间填压碘仿纱条，醒后拔除气管内插管，呼吸通畅，患儿能饮食流汁。18小时后(术后第4天下午2时许)，心率每分钟150次，面色又变苍白，出冷汗，情绪又烦躁，急查Hb为95g/L，前鼻孔及口腔无出血。耳鼻喉科、口腔科会诊意见：急症进入手术室，插管全麻下静脉快速输液，拆除口内纱布条行伤口探查。口腔内切口未见出血点，将盐水纱条从咽腔填满鼻咽腔，5分钟抽出，见鼻咽顶及咽后侧的纱布条被血迹浸红。由耳鼻喉科大夫用麻黄素棉片收缩鼻甲、鼻道、鼻中隔的粘膜，用鼻内窥镜观察到犁骨后缘及下鼻甲、鼻中隔粘膜损伤糜烂、出血活跃，有的面积虽小，但呈点滴状，均沿咽顶及后壁流入咽腔，即行后鼻孔栓塞，两前鼻孔填塞，观察1小时，咽喉部的纱布无血迹后，又行腭部两侧牙间拴细钢丝固定碘仿纱布条填盖手术创面，待患儿醒后拔管，送回病房。术后第7天和第9天各大便一次，均为柏油色稀便，嗣后变为黄色。患儿饮食流汁逐渐增多，继续静脉输液，输新鲜血两次共300ml。术后第10天Hb13g/L，拆除前后鼻孔栓塞及填塞的油纱条，又观察2天(术后第12天)，无出血，遂将口内腭部碘仿纱布条拆除，无复裂，术后第13天出院。

【最后诊断】 腭裂术后失血性休克、昏迷。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　腭裂术后创伤面填压碘仿纱条是常规，患儿术后头几天因药物性纱布条刺激及疼痛，涎液较多，又因疼痛而畏惧吞咽，虽有吞咽动作，但吞咽功能极不完善，则时时出现吞咽表现，因此术后的吞咽动作这一症状医生已习以为常。

腭裂术后恶心也时有发生，多因碘仿纱布条填压过于伸向软腭，并刺激到咽旁。虽纱布条压迫适中也有的患者因个体敏感差异，出现恶心，医生对此也不会多想。

腭裂术后患儿平稳、安静，能够进流质饮食，医生不会再进行过多检查和病情寻问。

2. 本案特点　体检及辅助检查均符合手术条件的双侧完全腭裂患者，术后持续出血的部位在隐蔽的近后鼻孔处，又流经咽腔直接吞咽入胃，所引起的早期症状又与腭裂术后常见症状相同；患儿躺卧时出血所引起的不适和痛苦更具有耐受性；持续出

血量达休克程度时正与手术创伤反应高峰期相吻合；医护人员在术后到抢救以前始终没有认真测试脉搏、听诊心脏，没有观察和触摸腹部，也没有了解大小便情况；患儿昏迷前使用的三种药物均会使失血性休克加重。

3．教训　医生仅凭经验(腭裂术后因异物刺激及疼痛致涎液增多和恶心，促使患儿不停吞咽)来对待临床现象(吞咽、恶心)，没有连贯思考，为什么一位非常听话、配合治疗的患儿会逐渐呻吟、哭闹、不安静、烦躁、出冷汗，这些与不断吞咽动作的出现会有什么关系？也没有认真查体及作相关化验检查；面容的急性失血貌及恶心和腹胀是胃内储血的表现也没被及时发现。回顾性寻问患儿母亲得知，患儿术后第2天已腹部饱胀，逐日加重，1天小便2次，量很少。

患儿出血虽属外出血，但在极隐蔽部位，又因疼痛开口度受限及碘仿纱布条遮盖，再加患儿术后头3天始终躺卧，虽令开口仅见固有口腔及碘仿纱条表面无出血，未能查见咽腔及咽后壁是否有异常。

患儿术后第2天面容痛苦、呻吟、额部出汗、吞咽频繁已是因失血较多极为衰弱的表现。第3天休克前出现的哭闹不安、呼吸急促又认为是因发热和水肿造成的痛苦所致。因此，进一步导致了错误的应用安乃近等药物。因为安乃近的解热镇痛作用，是通过选择性地抑制体温中枢，表现为体表血管扩张、内脏血管收缩、加快呼吸、排汗的增加来实现；苯巴比妥钠属于中枢神经抑制剂，对呼吸和循环有一定抑制作用，更加严重的诊治失误是，在用了解热镇痛、镇静剂后，患儿反而更加激动、烦躁，不仅没有引起高度警惕，反而为了确保能使患儿安静又更错误的应用了氯丙嗪。因为氯丙嗪是血管活性药物，有扩张血管作用，适用于中枢神经兴奋烦躁者，对血容量不足及失血性休克者严禁使用，使用后除加强大脑皮层的抑制作用外，还扩张血管、血压下降。这就不难理解，用药后瞬间小儿进入严重休克，处于中度昏迷状态。

4．小结　大量外出血造成全血量减少所致休克，是由有效循环血量下降，器官组织血液灌注不足，缺血、缺氧等造成的一种急性临床综合征。较慢的内出血(如食管和胃内)，早期诊断有时可有困难，即使到了休克甚至昏迷前仍还漏诊或延诊，这是因为在休克兴奋期血压反而可轻度升高或保持正常，使病情的严重性得一暂时潜伏。再主要是医生观察不够。本例虽属外出血，但因出血部位隐蔽，以及因此所出现的症状又与腭裂术后通常出现的症状(吞咽和恶心，但不呕吐)相同，对医生识破出血的事实具有极大的掩盖性。诊治失误有以下几方面：由懂事听话的小儿到烦躁哭闹，由术后能饮食1000～1500ml(静脉输液不计在内)到患儿口渴出汗，这一系列症状医生非但不提高警惕、认真分析，却以水肿和吸收热高峰期来解释，正因为对病情的错误判定导致了临床的错误用药。第一次在病房气管内插管抢救患儿时，虽确诊为失血性休克，但未查到出血部位，也没请耳鼻喉科大夫观察前后鼻孔及咽腔情况，从而失去了第一次明确诊断的机会，致使第二次进手术室。

当术后经常出现的症状和体征，其程度及伴随新症状用常规不能解释时，不可勉强解释。没有客观检查及化验结果时，盲目凭经验推理解释病情，十分危险。结合认真观察临床表现进行有真对性的查体和辅助检查，再汇集各种结果，全面准确思考具

体病情是防止误诊误治的关键。

腭裂整复的手术操作者,在剥离和松解有关组织瓣时,禁忌器械滑脱而误伤鼻甲、鼻中隔、犁骨、咽顶等部位的粘膜,如有严重误伤应当时点状电灼等妥善处理。

(金志勤)

应激性胃溃疡穿孔误诊为术后反应

【病史】 男,15岁。系先天性双侧完全性唇腭裂,4年前已整复唇裂,本次要求手术治疗腭裂。既往多年耳道流脓、鼻孔溢脓涕、咳脓痰,有时头痛服用止痛片(药物不详)。家族中患者父辈4人,所生后代只有患者为男性,生活娇惯。

【查体】 T:37.4℃,BP 100/60mmHg,34kg,瘦弱两外耳道有脓痂,鼓膜穿孔,鼻中隔及犁骨两侧粘膜发红糜烂,触之极易出血,鼻甲间脓涕充盈。肺部听诊闻有痰鸣音,呼吸音粗。口腔专科检查:上唇两侧直线瘢痕晰见,前牙反殆,两侧牙槽突从前至后方悬雍垂正中完全裂开,犁骨居中,口腔与鼻腔相融一腔,粘膜干燥充血。

【辅助检查】 心电图正常,肝脾不大,肝肾功能正常。Hb 130g/L,RBC 5×10^{12}/L,WBC 7×10^{9}/L,N 70%,L 30%,PC 200×10^{9}/L,BT DRKE法2分钟,CT玻片法4分钟。

【临床诊断】 双侧完全性腭裂;双侧唇裂术后;化脓性中耳炎(双);鼻窦炎(双);支气管感染。

【治疗】 为腭裂术前准备,控制感染,双氧水清洗外耳道后滴入复方新霉素滴耳剂,一天数次。呋麻液滴鼻净滴鼻腔(头低仰卧),一天数次。洁霉素雾化吸入一天两次。青霉素800万单位,静脉滴注,因头痛口服息宁痛片,每次0.5g,每天2次。经5天治疗后,外耳道干净,涕变清,无脓痰。1周后施腭裂整复术,静脉快速诱导经口腔插管,因没掌握好时机,插管时患者活动麻醉喉镜将咽部挑破,吸净咽部分泌物后,再次静脉用药方插管成功。为防止喉水肿静脉注射强地松10mg。术式采用犁骨瓣加两瓣法,术中3次因麻醉浅而病人乱动,1次又因麻醉过深自主呼吸停止(未戴呼吸机,保留自主呼吸)不得已行被动人工呼吸,当进行到2小时即将手术结束时,插管脱出,又再次插管,追加强地松10mg,静脉滴注。手术结束后清醒拔管虽唤之能应,吸净咽腔及呼吸道分泌物后,仍咳嗽声嘶,呼吸喉鸣,憋气,肺无啰音,在手术室安静吸氧1小时,好转后安静回病房。术后10小时患者十分清醒,但呼吸憋气加重,喉鸣,急促,三凹现象明显,肺无啰音,静脉用强地松10mg,观察半小时,病情无好转,唇色泽灰暗,遂行气管切开,马上呼吸正常,平稳,面色红润,因伤口疼痛,服用息痛宁片每天1g。同时每天1000ml液体、青霉素800万单位、维生素C 2g,静脉滴注,流汁饮食。

术后24小时时,患者痛苦加重,持续呻吟不动,不进饮食,规劝进饮食后呻吟更著,脉搏每分钟100次,呼吸短而浅,血压90/60mmHg,检查血化验与术前无差异,口内及鼻腔、咽腔无血迹,固定碘仿纱条完好。患儿倦缩于病床拒绝活动,体温37.8℃。由麻醉科、耳鼻喉科、口腔科共同会诊,各自检查了自己专业内容后,一致认

为系多处复合性创伤术后反应，镇静、止痛、观察。遂用鲁米那钠 0.1g，安乃近 0.5g 肌肉注射，半小时后痛苦有所缓解，但出汗较多，始终未入睡。约术后 36 小时突然咬牙呻吟大汗淋漓，呼吸极浅，不断摒停呼吸，面色灰暗，血压只在 60mmHg 听到跳动，舒张压不能测及。心率 120 次/分钟。随请小儿内科和小儿外科大夫会诊，腹硬如板，腹式呼吸消失，全腹壁压痛反跳痛，肝浊音区消失，肠鸣音消失，并有移动性浊音，初步诊断：应激性胃溃疡穿孔，急性腹膜炎。行急症手术探查，见胃底部穿孔，直径约 1cm，腹腔液体约 300ml，呈血性混浊。穿孔周围有部分大网膜粘连。

【最终诊断】 腭裂术后并发症：应激性胃溃疡穿孔；急性腹膜炎。

【分析】

1. 误诊误治的思路原因　口腔科医生只是千方百计在多伤口寻找能解释患者痛苦的原因，虽知道该患者多次严重手术创伤是复合性，却没想到会因此相继并发严重问题，最终将病人痛苦根源归为术后必然的创伤反应。

2. 本病案特点　系先天性双侧完全性腭裂，并发化脓性鼻窦炎、化脓性中耳炎、支气管感染、鼻腔粘膜充血糜烂，因头痛经常服用止痛片。

本次腭裂整复术极不顺利：虽术前为控制多处感染灶应用多种抗生素，也用息痛宁片。术中三次气管插管、四次插管严重活动，术中及术后短时内 3 次共用强地松 30mg，病情严重时肌肉注射安乃近、鲁米那钠。

本次因腭裂整复术除气管插管多次损伤外，短期内（不到 48 小时）4 次手术：腭裂整复术、气管切开术、剖腹探查术，以及胃穿孔大网膜修补术。

3. 教训　腭裂患者并发中耳、鼻窦、支气管及鼻腔粘膜的炎症是常见的。腭裂手术因麻醉插管的术中平稳性及术后拔管不顺利也时常见到，象本例如此不顺利，竟多次用肾上腺皮质激素仍不能解除因此造成的喉水肿，直至气管切开的极少。这种病人术后的疼痛表现没有高度警惕，没有超常规去考虑是不应该的，特别病情到非常严重时麻醉大夫、口腔科大夫、耳鼻喉科大夫没有一人认真检查腹部，始终注意力放在各自的专业工作范围，这是值得作一名整体医生深思的。

麻醉插管创伤、腭裂整复术创伤、气管切开创伤，多处复合创伤造成的痛苦十分严重，掩盖了应激性胃溃疡穿孔所造成的痛苦。特别在气管切开不能语言表达的患儿身上，更易间接模糊了疼痛；因此，对待不能语言表达的患者的痛苦，医生应全身心考虑，特别用专业常规考虑不能解释症状时，应超常规考虑。

误诊原因分析：口腔科医生对全身性复合创伤和损伤所造成的痛苦，对病情判断的意义缺乏认识，更缺乏察觉意识，也缺乏这方面的知识和能力。只注重专业查体，日久忽略了全身查体，也不会全身查体了。本来患儿已呼吸短促、腹式呼吸消失，有时摒住呼吸，医生仍不触诊腹部，听诊腹部，直使胃穿孔漏诊，延误病情。

具有掩盖性的误诊原因是，因腭裂整复术、气管切开等创伤所造成的痛苦，与胃穿孔的痛苦，表现形式上都是疼痛，为同一症状，特别又不能语言表达。如果口内出血或呼吸道梗塞等，与创伤疼痛相异的表现，也许会早期发现。

医生的基础知识局限了自己工作的水平。本来应激性溃疡就容易发生在严重损

伤、感染服用水杨酸等镇痛药物病人，特别是应用了肾上腺皮质激素的病人，更是常见的首先原因。本例患者几方面(腭裂整复术、气管插管、气管切开、应用镇痛药、多处化脓性感染灶、短时内用大量强的松)都具备发生应激性溃疡的可能。当真发生了，出现了典型症状，既没有想到，也没有全面查体发现体征，漏诊和误诊势在必然。

4. 小结　任何专科医生都必须具有一定水平的全身查体技能，特别要时刻有查体意识，变成日常自觉的工作作风，随时自觉地针对性查体。

专科疗效技能的发挥，永远离不开全身整体知识和基础知识，也就是每个医生好的诊疗效果都是依丰富的知识作后盾。

同一症状(如疼痛等)在不同病人身上(会说话而不能表达、与能清晰准确表达)，医生应有针对性有区别的考虑。

(金志勤)